

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **DIANA CAROLINA MURGUEYTIO ALBÁN**, con CC. 171645814-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL DUELO EN LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y LA RELACIÓN MADRE-HIJO"**. Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en tres casos de madres con diagnóstico previo de Depresión Post-parto en Quito año 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2018



DIANA CAROLINA MURGUEYTIO ALBÁN
CC. 171645814-4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

“EL DUELO EN LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y LA RELACIÓN MADRE-HIJO

**ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN TRES CASOS DE
MADRES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN QUITO
AÑO 2017”**

DIANA CAROLINA MURGUEYTIO ALBÁN

DIRECTORA: MTR. DANIELA CASTRO FALCONÍ

QUITO, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMER CAPÍTULO: EL CONCEPTO DE LA MADRE SUFICIENTEMENTE BUENA .	4
1.1 Análisis teórico del concepto	4
1.1.1 Preocupación maternal primaria.....	4
1.2 Funciones de la madre suficientemente buena.....	6
1.2.1 Identificación	6
1.2.2 Holding.....	8
1.2.3 Handling	9
1.2.4 Object Presenting	11
1.2.5 Ambiente Facilitador	13
1.3 La madre suficientemente buena.....	16
SEGUNDO CAPÍTULO: LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y SU RELACIÓN CON EL DUELO	21
2.1 La depresión post-parto.....	21
2.1.1 Definición del trastorno	22
2.1.2 Síntomas y Diagnóstico	24
2.1.3 Tratamiento.....	28
2.2 El duelo	29
2.2.1 El duelo en la obra de Sigmund Freud	30
2.2.2 El duelo en la obra de Donald Winnicott.....	31
2.3 La depresión post-parto como duelo	32
2.3.1 El concepto del Muerto-vivo en la obra de Willy Baranger	35
2.4 La depresión post-parto y la relación madre-hijo	36
2.4.1 Madre	38
2.4.2 Hijo	41
TERCER CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO	45
3.1 Participantes.....	45
3.2 Procedimiento	47
3.3 Instrumento	48
3.3.1 Técnicas	49
3.4 Análisis de contenido.....	50
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74

ANEXOS.....	78
7.1 Modelo de consentimiento informado	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de Inclusión y Exclusión.....	45
Tabla 2: Características de la población	46
Tabla 3: Cuadro de extractos de entrevistas 1de la Categoría 1	53
Tabla 4: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 1	54
Tabla 5: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 1	56
Tabla 6: Cuadro de extractos de entrevistas 4 de la Categoría 1	56
Tabla 7: Cuadro de extractos de entrevistas 5 de la Categoría 1	58
Tabla 8: Cuadro de extractos de entrevistas 6 de la Categoría 1	59
Tabla 9: Cuadro de extractos de entrevistas 1 de la Categoría 2.....	61
Tabla 10: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 2	62
Tabla 11: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 2	63
Tabla 12: Cuadro de extractos de entrevistas 1 de la Categoría 3.....	65
Tabla 13: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 3.....	66
Tabla 14: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 3.....	68

RESUMEN

Esta investigación pretende realizar, en primer lugar, un recorrido sobre lo teorizado con respecto a las funciones maternas en la obra de Donald Winnicott, tomando en cuenta que este autor ha centrado gran parte de su investigación en los cuidados brindados por la madre al recién nacido y la repercusión que estas actividades tienen en el psiquismo del niño. En segundo lugar se analiza la depresión post-parto, y las razones por las que el trastorno puede ser considerado un proceso de duelo, además se realiza un breve análisis del discurso médico en torno a este tipo de depresión para poder mencionar su sintomatología y criterios diagnósticos.

Al ser una investigación teórico-aplicada principalmente se pretende realizar un nexo entre la función de una madre suficientemente buena y el desarrollo de sus actividades en presencia de un trastorno como es la depresión post-parto. Además de considerar los posibles efectos que podría tener su padecimiento, tanto en la vida de la madre y del niño, y en cuanto a la relación que se desarrolla entre ambos.

ABSTRACT

This research intends to review Donald Winnicott's theories regarding "maternal function" whose investigation field is centered on the way the mother provides care (attends) to her new born baby and the effect that it has on the child's psychic development. The research also studies postpartum depression and why its causes may overcome on a grieving process, including a brief medical analysis of this type of depression in order to refer to its symptomatology and diagnose process. These tries to establish the link between a good enough mother function and the course of her maternal behavior going through a postpartum depression disorder also consider the potential effects concerning the mother's wellbeing as well as the baby's, and the quality of the their relationship.

INTRODUCCIÓN

La depresión post-parto, es en realidad, un trastorno que genera cierta polémica ya que el mismo encuentra causas no solo fisiológicas, sino también psíquicas y se incluye también la influencia que el medio puede ejercer para el desarrollo de dicho trastorno. Sin embargo, es importante mencionar que la posibilidad de presentar un cuadro depresivo después de dar a luz no excluye ni incluye a una población específica, es decir, puede afectar a mujeres que han tenido embarazos fáciles o problemáticos, madres primerizas o a madres con uno o más hijos, a mujeres casadas o mujeres que no lo estén, y es independiente de la edad, raza, etnia, cultura o nivel de educación (American Psychological Association, s/f).

Las ciencias biológicas han logrado dar diferentes explicaciones y posibles causas de este padecimiento pero es importante recalcar que cierta sintomatología o un trastorno posee un trasfondo psíquico. Uno de los posibles conflictos psíquicos que podría devenir en una depresión post-parto es un duelo, que concebido desde la visión clásica planteada por Freud (1917), es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc (Freud, 1917/1992). Frente a este proceso por el que la madre podría estar atravesando surge la necesidad de investigar cuales podrían ser las posibles alteraciones en el desarrollo de su función y también qué características podría adquirir la relación madre-hijo.

Los estudios realizados previamente que se encuentran relacionados con la temática central de esta disertación se han visto enfocados en realizar un nexo entre la depresión post-parto con un proceso de duelo y las razones por las que este trastorno puede tener su origen no únicamente en causas biológicas, sino incluir las posibles razones psíquicas de su desarrollo considerando ciertos factores influyentes (Serrano, 2007). Al estar hablando de un trastorno por el que atraviesa la madre, es importante mencionar que existen diferentes estudios que remarcan la importancia del papel que desempeña en el cuidado de su bebé como base fundamental para el desarrollo psíquico.

En las primeras etapas de la vida, los niños que recién han nacido se encuentran en un estado de total dependencia de los cuidados que pueden recibir de su madre o de aquella persona que cumple esta función (Vizcaíno, 2016). Según lo teorizado en el presente trabajo, se podrá visualizar cómo la disposición de la madre a realizar las actividades necesarias en cuanto al cuidado de su hijo es de suma importancia para lograr que su bebé se introduzca a la sociedad y pueda desarrollar un sentido de independencia.

Sin embargo, debido a la característica cualitativa del estudio la hipótesis ha sido modificada para presentarse a manera de pregunta; el desarrollo del trabajo y de cada uno de los capítulos considerados para el presente están dirigidos a responder lo siguiente: ¿Cuáles son las particularidades de la relación madre-hijo en presencia de un duelo por depresión post-parto? De esta manera, se busca considerar las alteraciones que se podrían presentar en el desarrollo de estas funciones y en la relación que se va formando entre la madre y su bebé cuando se encuentra presente un trastorno como la depresión post-parto. Sin embargo, el objetivo del mismo no es arrojar resultados estadísticos en la población ya que pretende considerar el caso por caso y las particularidades de los mismos para el análisis de resultados.

La teorización antes mencionada se realiza en tres capítulos, en primer lugar se hace una investigación teórica sobre los temas relevantes para el trabajo contenida en los dos primeros capítulos; para finalizar con el tercer capítulo en el que se expone el material obtenido en el aspecto aplicado del estudio, uniéndolo con la teoría que lo guía. Para alcanzar el objetivo general de la investigación, se han planteado tres objetivos específicos tales como: describir el concepto de madre suficientemente buena concepto propio de Donald Winnicott y sus efectos en el recién nacido; establecer la relación entre depresión post-parto con el duelo y describir los hallazgos en cuanto a la relación madre-hijo en la población seleccionada. Los objetivos mencionados se corresponden con cada uno de los capítulos desarrollados y explicados brevemente a continuación.

El primer capítulo se centra principalmente en el concepto de la madre suficientemente buena planteado por Donald Winnicott, el cual explica las actividades que realiza la madre con el fin de aportar al desarrollo óptimo del psiquismo de su hijo. Principalmente, el autor menciona que las tres funciones que realiza la madre son *holding*, *handling* y *object presenting* para lograr desarrollar la independencia de su hijo, sin embargo, estas actividades deben ser precedidas por un proceso de identificación de la madre a su hijo. Ya que la madre ha podido realizar estas actividades, se expone cuáles son los resultados adjuntos a su actividad, como el establecimiento de un ambiente facilitador y la introducción del padre a la diada madre-hijo y como todas estas funciones repercuten en el psiquismo del infante.

El segundo capítulo inicia con la exposición de criterios médicos con respecto a la depresión post-parto para comprender cómo se identifica y se trata el mismo en la actualidad. Al pretender realizar un nexo entre dicho trastorno y el duelo se realiza un recorrido sobre la teorización de Sigmund Freud y Donald Winnicott con

respecto a este aspecto. Al considerar a los sujetos en proceso de duelo, se pueden mencionar estados extremos del mismo como es el objeto muerto-vivo planteado por Willy Baranger como esa incapacidad de permitir al objeto morir y la imposibilidad de que el mismo se mantenga con vida y cómo repercute esto en la vida de quien está atravesando la pérdida. Y también el complejo de madre muerta planteado por André Green refiriéndose a un estado en el que la madre se encuentra absorbida por el duelo que atraviesa. Después de la exposición teórica se presentan los aspectos por los que podemos considerar a la depresión post-parto como un proceso de duelo. Esto da paso a tomar en cuenta los posibles efectos que tendrían en la vida de la madre la presencia del trastorno, cómo podría afectar el mismo en el desarrollo de sus actividades y las posibles consecuencias en la vida del niño y también en la relación con el mismo.

Finalmente se realiza la exposición de ciertos extractos de las entrevistas realizadas a las participantes de la investigación los cuales están enfocados principalmente a la función materna, relación madre-hijo, relación con el medio y padecimiento del trastorno para poder responder a la interrogante guía de la investigación sobre cuáles serían las características de la relación madre-hijo en caso de atravesar un duelo por depresión post-parto.

El estudio concluye con la exposición de los resultados obtenidos al realizar un nexo entre la teoría utilizada con lo visto en los relatos de las madres participantes considerando si existe realmente o no una alteración en la función de la madre suficientemente buena mientras se padece un trastorno depresivo. Además de brindar recomendaciones para futuras investigaciones realizadas en torno a las temáticas de esta disertación o temas aledaños.

PRIMER CAPÍTULO: EL CONCEPTO DE LA MADRE SUFICIENTEMENTE BUENA

1.1 Análisis teórico del concepto

El presente concepto es planteado en la teoría de Donald Winnicott para abordar la totalidad de las funciones que cumple la madre en el cuidado de su hijo y la predisposición a cumplir dichas actividades desde meses antes de dar a luz.

Donald Winnicott fue un pediatra y psicoanalista infantil, quien nació en una familia de altos recursos, siendo el último hijo del matrimonio. El niño creció rodeado de sus hermanas y al cuidado de varias niñeras, quienes reemplazaban a su madre ya que padecía de depresión. Este hecho fundamental impulsó el desarrollo de sus investigaciones con respecto a la importancia del periodo de dependencia entre la madre y el niño como base de la salud mental en años posteriores (Mancas, 1997).

Es importante mencionar que estas experiencias personales impulsaron al autor al desarrollo de su teoría, donde se sostiene que las funciones que la madre cumple son fundamentales para proveer el ambiente facilitador, esencial para el desarrollo del infante y de su salud mental (Mancas, 1997).

De esta manera, desarrolla su teoría con el fin de llevar a las madres a comprender la gran importancia que tiene su disposición al cuidado de sus hijos, la cual resulta ser mucho más eficiente que cualquier enseñanza impartida en libros o por médicos. Destacando que la relevancia de ciertas actividades, como por ejemplo la alimentación o la limpieza del bebé a más de procurar el bienestar físico del niño, influyen en el desarrollo psíquico y el establecimiento de la relación con el medio y las personas cercanas (Winnicott, 1998).

1.1.1 Preocupación maternal primaria

La preocupación maternal primaria es un estado casi psicótico por el que atraviesa la madre desde meses antes de dar a luz, hasta semanas posteriores al parto, el cual le permite posicionarse en el estado de dependencia entre madre-hijo, y al mismo tiempo, identificarse con su hijo y con sus necesidades. A pesar de ser considerado como una enfermedad equiparada con estados psicóticos, este estado es señal de salud en la madre y de que ha logrado identificarse con su nuevo hijo, y consiste en una condición psiquiátrica muy especial que conduce a la madre a una sensibilidad exaltada (Winnicott, 1956/1999).

La adaptación de la madre a las necesidades de su bebé solo puede lograrla de manera correcta o suficientemente correcta quien se entrega temporalmente al cuidado de su bebé, esto no se puede lograr leyendo libros. Este estado permite que las madres estén naturalmente orientadas hacia el bebé y pueden determinar lo que está sintiendo (Winnicott, 1970/1998).

Siguiendo a lo anterior, esto significa que la madre posee una capacidad impresionante para identificarse con el bebé y satisfacer sus necesidades básicas de manera que ninguna máquina podría imitar. Sin embargo, no se excluye a madres sustitutas o casos de adopción, ya que menciona que a pesar de que este estado parte del periodo de embarazo, la capacidad de las madres sustitutas y su devoción a la actividad que realizan, permite desarrollar de la misma manera la identificación con las necesidades del bebé, además de que menciona que esto es reconocible también en el caso de los pediatras (Winnicott, 1998).

De esta enfermedad que representa salud (Winnicott, 1956/1999), la misma que se encuentra adormecida en algún lugar de la mente de la madre, se desarrolla la capacidad de cumplir con las funciones especificadas más adelante con el fin de alcanzar la integración del yo del bebé, el establecimiento de la psique en el cuerpo y la formación de relaciones objetales, además de que previene la presencia de amenazas de aniquilamiento en el desarrollo del bebé (Winnicott, 1998).

A pesar de que este estado y predisposición se va desarrollando meses antes del parto, el momento del nacimiento del niño, según Winnicott (1949), el llanto producido por el bebé representa una señal dirigida hacia la madre para comenzar con el proceso de identificación de las necesidades de su hijo. El llanto se produce en compañía del nacimiento y es considerado una señal por parte de niño ya que el mismo debe esforzarse por adaptarse al medio ambiente y al encontrarse en el periodo de dependencia absoluta, es la madre quien debe brindar lo necesario para que se logre esta adaptación (Winnicott, 1949/1999).

De esta teoría parte la explicación sobre lo que cotidianamente se ve en la actitud de la madre con respecto al cuidado de su hijo, al poder determinar qué significado tiene cada tipo de llanto, si el mismo es por hambre, sueño, dolor o tristeza, etc. Para cada bebé es necesario que su madre, o cuidadora le provea las herramientas necesarias para el crecimiento psicológico o psicosomático incluyendo el desarrollo de la personalidad, la cual es totalmente dependiente en sus primeras etapas (Winnicott, 1958/2013).

Es importante mencionar, que cuando la madre ha desarrollado la capacidad de identificarse con las necesidades de su hijo se debe evitar interferir con el cumplimiento de sus funciones debido a que la herida causada por esta

interferencia puede ocasionar en el niño una ruptura de la continuidad existencial y la dificultad o imposibilidad de reestablecer el vínculo entre madre e hijo (Winnicott, 1966/1998).

1.2 Funciones de la madre suficientemente buena

Es la madre quien echa en la infancia los cimientos de la salud mental del ser humano. La madre aporta un medio dentro del cual se pueden producir unos procesos complejos pero esenciales para que el yo del niño pueda completarse (Winnicott, 1948, pág. 3).

Dentro de las funciones que desarrolla la madre suficientemente buena, partiendo del estado de salud y disposición a la satisfacción de las necesidades de su hijo, se encuentran el *holding*, *handling* y *object presenting*. Sin embargo, estas funciones pueden ser llevadas a cabo únicamente después de un proceso de identificación de la madre con su hijo y con las necesidades propias del infante (Winnicott, 1960).

León (2013), citando a Winnicott, determina que la madre al cumplir con estas importantes funciones, está en la capacidad de proveer al infante de un ambiente facilitador para su desarrollo, y es en este momento en el cual la madre permite la participación del padre en el cuidado del niño. El autor determina que la intervención del mismo en el cuidado del bebé depende únicamente del deseo de la madre de permitirse. Empero, la participación del padre como fuente de apoyo para la madre es de suma importancia, ya que recalca que no existe madre sin padre.

Por otro lado, es necesario mencionar que dentro de las funciones de la madre, se encuentra la satisfacción de las necesidades, tanto físicas como afectivas, del niño. Sin embargo, es transcendental que la misma logre brindar a su hijo un espacio de frustraciones progresivas para alcanzar la introducción del niño al medio, de manera que logre comprender los límites planteados en las relaciones con el otro (Winnicott, 1967/1993).

1.2.1 Identificación

Winnicott en el congreso realizado en Edimburgo en el año 1961 menciona, citando a Freud que la primera etapa de vida del infante “depende del cuidado materno basado más en la empatía que en lo que se expresa verbalmente”

(Winnicott, 1961, pág. 3). Después del parto, y cuando la madre ha recibido la señal del llanto proveniente del infante, empieza el proceso de identificación por parte de la madre con las necesidades del bebé. La identificación que se va desarrollando, implica desde lo más simple como reconocer el significado de cada uno de los llantos del bebé hasta poder reconocer sus necesidades, poseyendo la capacidad especial para hacer lo adecuado: “ella sabe exactamente cómo se siente el niño” (Winnicott, 1960, pág. 1).

Por otro lado, podría existir la posibilidad de que la madre no logre adaptarse a las necesidades de su hijo, a su ritmo y demandas, por el contrario, mantiene su ritmo y en este caso obliga al niño a seguirlo, sea este rápido o lento. De esta manera, es posible que la madre deje atrás a su hijo, quien posee, aún, una capacidad mental limitada y exista desconexión en la relación, el niño podría perder el contacto directo con su madre, quien es la encargada de introducirlo en el principio de realidad, actividad que se podría ver perjudicada en este caso (Winnicott, 1958/2013).

El proceso de adaptación y desadaptación ofrece la posibilidad de diferenciar lo propio de aquello que le pertenece al otro y de desarrollar las capacidades de crear el mundo con pautas personales. Esto permite al niño ingresar a la zona transicional en la que es posible para el bebé usar los objetos como punto de unión con el mundo (Winnicott, 1982).

Al tomar en cuenta la teoría psicoanalítica es posible realizar una diferenciación entre lo comprendido por Winnicott como identificación, lo cual fue detallado anteriormente, con la noción Freudiana. León (2013), citando a Freud explica que la identificación por parte del infante se da en un periodo llamado El Complejo de Edipo y distingue tres tipos de identificación. En primer lugar tenemos la identificación primaria, comprendida como la forma originaria del lazo afectivo con el objeto, una identificación directa e inmediata. En segundo lugar se encuentra la identificación secundaria la que supone la sustitución del objeto por medio de la selección en la relación objetal, y por último, se define la identificación histérica, la misma que comprende la identificación de un elemento común entre el yo y el objeto lo cual origina el deseo de amar y ser amado (León, 2013).

Tomando en cuenta la teoría freudiana con respecto a la identificación es importante mencionar que este proceso se lleva a cabo dentro de la función paterna, en contraste con la visión de Winnicott (1965/1981) al considerar a la identificación como punto de partida en el desarrollo y maduración del infante, proceso que es llevado a cabo por la madre.

1.2.2 *Holding*

Al hablar del sostén que realiza la madre al momento de cuidar al niño, en acciones como la lactancia o el proceso para ayudar a dormir al bebé es el hecho mismo de sostenerlo, lo cual es un factor básico de su cuidado (Winnicott, 1960). En las actividades que realiza la madre en el cuidado del niño se puede visualizar como se da el proceso de *holding*, brindando al niño un espacio de estabilidad y protección en los brazos de la madre, lo que previene las amenazas de aniquilamiento y brinda una continuidad existencial al niño. El sostén también se refiere a brindar la experiencia de ilusión, omnipotencia y transicionalidad con el fin de alcanzar la introducción del sujeto al principio de realidad (Winnicott, 1945/1999).

Cuando existe una falla en esta acción el niño atraviesa una intensa angustia puesto que siente un proceso de desintegración de sí mismo, un sentimiento de inseguridad, y otras ansiedades que en general se describen como psicóticas (Winnicott, 1960), es por esto que esta acción por parte de la madre es de suma importancia, ya que brinda al niño un espacio de seguridad.

El *holding* no se refiere únicamente al sostén físico, sino también a la provisión del ambiente facilitador necesario para el desarrollo, se refiere a una relación tridimensional que cimienta las relaciones objetales en etapas posteriores. En esta etapa, el infante se encuentra en un estado de dependencia total. Sin embargo, y con el paso del tiempo, se pueden diferenciar tres etapas por las que atraviesa el infante comenzando por su inicialmente dependencia total, las cuales son: dependencia absoluta; dependencia relativa y hacia la independencia. Siendo así, un proceso por el que atraviesa el niño hasta alcanzar la independencia necesaria para la manipulación de objetos y la introducción al principio de realidad (Winnicott, 1961).

Durante el estado de dependencia absoluta en el que el infante se encuentra, no posee la capacidad de reconocer el cuidado materno, que en gran medida está directamente relacionado con el cuidado físico del bebé. El niño no tiene control sobre las actividades que realiza la madre en su cuidado, además de no lograr diferenciar lo que está bien y lo que está mal en este proceso. Sin embargo, tiene la posibilidad de sufrir perturbaciones o experimentar procesos de satisfacción (Winnicott, 1961).

Con respecto a la dependencia relativa, el autor define que el bebé es capaz de notar la necesidad de satisfacción y del cuidado materno además de que puede relacionarlos con sus impulsos personales, como por ejemplo, producir llanto cuando se encuentra hambriento. Esta actitud será reproducida a lo largo de la vida

ya que el sujeto logra suscitar reacciones en función de la satisfacción de necesidades emocionales, físicas, sociales, entre otras. Esto puede ser visible también en el contexto analítico en los fenómenos transferenciales y el establecimiento de la demanda por parte del paciente (Winnicott, 1961).

Por último, dentro del proceso de desarrollo del individuo y con la facilitación de la madre, el bebé llega a la independencia en la cual el niño desarrolla herramientas para desenvolverse en el medio sin cuidados constantes impartidos por parte de la madre. Empero, esto es logrado por la acumulación de recuerdos de cuidado y la introyección del sentido de autocuidado, proyección de necesidades personales y el reconocimiento y confianza en el ambiente como facilitador que se genera desde la etapa de dependencia absoluta. Además se añade la comprensión intelectual de este proceso como parte de una toma de consciencia sobre la existencia misma (Winnicott, 1961).

Para finalizar el apartado, es importante recalcar que el proceso de llegar a la independencia, está regido principalmente por el sostén que brinda la madre en los primeros momentos de vida. Los cuidados que realiza, sirven como enseñanza para el autocuidado del niño y establece una serie de huellas mnémicas que serán acumuladas en los primeros momentos de vida (Winnicott, 1945/1999).

1.2.3 *Handling*

Al hablar de la manipulación o *handling*, se hace referencia a las acciones que permiten al niño desarrollar una asociación psique-soma, lo mismo que ayuda a diferenciar entre lo real y lo irreal, además de que le permite diferenciar los objetos no-yo y posicionarse en el principio de realidad. No se menciona únicamente los aspectos psicológicos de la manipulación, ya que esta función también interviene en el desarrollo del tono muscular y de la coordinación, además de que brinda al mismo la experiencia de disfrutar del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser con un self verdadero (Winnicott, 1958/2013).

Cuando se habla de esta función de la madre, se puede tomar en cuenta actividades tales como alimentarlo, bañarlo, vestirlo, las mismas que brindan al niño la posibilidad de sentir y vivenciar los cuidados de la madre, y sentirse protegido y atendido en el ambiente en el que se está desarrollando. La atención y cuidados que recibe le brindan un estado de tranquilidad y de excitación de corta duración que no significan una amenaza hacia su existencia (Winnicott, 1965/1981).

Las actividades realizadas en la atención y cuidado del niño pequeño poseen un particular interés de parte del bebé, lo que le interesa es únicamente lo que recibe y

no en general la persona que lo cuida, por esta razón una manipulación activa, se considera una tarea ardua (Winnicott, 1945/1999). El niño, en las primeras etapas de vida es egoísta ya que la necesidad de placer, satisfacción y malestar, gobiernan su vida y sus procesos por lo cual la madre es considerada por el bebé únicamente como el objeto que desempeña el papel de satisfacción y eliminación de malestar (Winnicott, 1948).

Al hablar de una experiencia con un self verdadero, es importante mencionar que todas las actividades que realiza la madre en su quehacer suficientemente bueno se encaminan con el fin de lograr los tres procesos de desarrollo primitivo, los cuales son de suma importancia para evitar la sumisión del niño al deseo de la madre. Los procesos que se alcanzan son: la integración; personalización y por último la comprensión (Winnicott, 1945/1999).

La integración, primera fase del desarrollo primitivo, depende directamente del sostén y de la manipulación de la madre en la que se toma en cuenta la técnica de los cuidados por las cuales es posible proteger al niño del frío, ser atendido, limpiado, nombrado. Sin embargo, por otro lado también influyen las experiencias instintivas del niño, lo que se convierte en una demanda hacia la madre, de satisfacción de sus necesidades, estos procesos se tornan en la base de la que irá surgiendo la personalidad del niño (Winnicott, 1945/1999). De esta manera, la integración permite al bebé sentirse dentro de su propio cuerpo, reconocer su funcionamiento, las necesidades del mismo y sus preferencias, lo que deviene en una personalización satisfactoria, fase siguiente de su desarrollo, en la cual el niño es capaz de comprenderse como un yo y al resto como “todo lo otro no es yo” (Winnicott, 1965/1981, pág. 69). Finalmente y tras el reconocimiento del niño entre aquello que es parte del yo y los objetos no-yo surge la comprensión que consiste en la apreciación del sujeto con respecto al tiempo y al espacio entre otras propiedades que posee el mundo externo (Winnicott, 1945/1999). Le permite poseer fragmentos de lo que ve, de lo que vive, y logra relacionar ciertos sonidos, olores, apariencias, con lo que más adelante llamará madre.

Las actividades que realiza la madre para el cuidado de su niño, permiten que se desarrolle una relación mutua, madre-hijo en la que la madre y su bebé sienten y viven juntos dentro de la misma realidad. Para esto, la madre debe ser tolerante y comprensiva con las demandas que despiertan en su niño, produciendo de esta manera el primer lazo entre ambos, donde la madre representa un objeto externo (Winnicott, 1945/1999).

El *handling* o la manipulación brindada por la madre, representa en la vida del niño una tendencia al establecimiento del self unitario para el cual la madre ha

brindado, en etapas tempranas de la vida, una protección física y emocional frente a las angustias inconcebibles y una pauta a la continuidad del “seguir siendo” (Winnicott, 1965/1981, pág. 68). Una manipulación adaptativa, por parte de la madre consiste en la satisfacción de las necesidades del bebé, de modo que el bebé comienza a necesitar lo que la madre le presenta, objetos que se encuentran en la realidad, lo cual le brinda la confianza necesaria para relacionarse con los objetos no-yo.

Sin embargo, en este quehacer y en todos aquellos en los que la madre demuestra su devoción al cuidado del niño, es importante mencionar que tanto las satisfacciones como las frustraciones del ello, además de las condiciones del medio inmediato dan pautas generales para el establecimiento de relaciones con objetos no-yo (Winnicott, 1965/1981). Las frustraciones se refiere a los espacios de tiempo en que la madre tarda en satisfacer las necesidades del niño, lo cual es necesario para comprender que sus necesidades y satisfacción no están mediadas únicamente por su deseo. Las mismas incluyen también la fuerza que ejerce el medio como agente permisivo para estas actividades (Winnicott, 1948).

Al hablar de la satisfacción de necesidades físicas, como la alimentación, limpieza, entre otras, la madre le brinda la oportunidad al niño de realizar una transición del estado de tranquilidad a la excitación, en el cual, el niño recibe exactamente aquello que necesita en el momento preciso. De esta manera la madre introduce de manera gradual el mundo exterior y regula las variantes necesidades del niño a su satisfacción en función de las características del día o situación. La aparición de características nuevas en el cuidado, suele ser gradual y la madre reconoce las capacidades del bebé. Protege al niño frente a conmociones físicas tratando de que la experiencia sea sencilla y fructífera para la creciente capacidad del bebé (Winnicott, 1948). Sin embargo, la satisfacción de las necesidades físicas, incluye una unión emocional de la cual surge la relación madre-hijo y el niño es capaz de desarrollar ilusiones en torno a la misma.

1.2.4 *Object Presenting*

La presentación de objetos o realización representa el impulso creativo real del niño y promueve la capacidad de relacionarse con objetos no-yo. Sin embargo, es la madre la encargada de presentar al niño el mundo en porciones pequeñas evitando amenazas de aniquilamiento, y permitirle atravesar desde su estado de omnipotencia, hasta poder diferenciar los objetos internos y externos. Las posibles fallas podrían representar en el bebé un bloqueo en la capacidad de relacionarse

con el mundo concreto. Sin la cuidadosa presentación de la realidad, el niño carece de medios para establecer relaciones satisfactorias con el mundo (Winnicott, 1960).

Para Winnicott (1967/1993), la capacidad de usar los objetos, ubicados en el exterior de la experiencia no es innata y depende de la madre, o de la persona encargada del cuidado del niño para que se desarrolle. Esta capacidad para usar los objetos forma parte del paso al principio de realidad. Esta transición, depende de que la integración se haya alcanzado de manera satisfactoria.

Este es el primer paso en la introducción al principio de realidad en donde la madre resulta ser de vital importancia debido a que su tarea consiste en proteger a su hijo de las posibles complicaciones que podrían presentarse en este proceso, ya que el niño no ha desarrollado la capacidad de soportar la realidad externa, por el contrario, es la madre la encargada de brindarle la experiencia de conocer un fragmento del mundo externo de una manera objetiva y en pequeñas porciones que resultan soportables para el infante. Si existe una deficiencia del quehacer materno en esta actividad se presentará, en la vida del niño, un fallo constante en la objetividad que posee frente a la realidad (Winnicott, 1945/1999).

Winnicott (1993), realiza una diferenciación entre lo que es relación de objeto y uso del objeto. Al hablar de relación de objeto, el sujeto es capaz de manipular el objeto desde su omnipotencia, excluyendo la diferencia que hay con las primeras aproximaciones no-yo del sujeto. En esta relación se toman en cuenta las proyecciones del bebé, ya que en este espacio omnipotente, él está creando el objeto según sus necesidades. En otro caso, al hablar de uso de objeto se toma en cuenta las características propias del objeto el cual forma parte de una realidad compartida y se encuentra diferenciado del yo del bebé al ser totalmente externo.

Lo que fundamentalmente diferencia entre relación y uso de objeto, es que en la primera el bebé posiciona al objeto en el espacio omnipotente considerándolo como una creación propia, y en el segundo caso, el objeto es considerado externo y no cargado de las proyecciones del mismo (Winnicott, 1993).

Este objeto colocado fuera del espacio de omnipotencia es un símbolo de la unión del bebé con su madre, sin embargo, este objeto debe haber cursado por la transición de que en un inicio se encuentre fusionado en la mente del bebé a un segundo tiempo en el que el objeto es percibido, mas no concebido. Cuando el bebé logra usar el objeto, concebido ya como un objeto externo el cual se percibe, el mismo funciona como punto de unión entre dos objetos que están separados (Winnicott, 1993).

El paso que se da de la relación al uso del objeto está determinado por la capacidad destructiva del sujeto, al momento en el que el objeto sobrevive a la

destrucción, el mismo pasa a formar parte de la realidad objetiva mas no colocado en el espacio de omnipotencia en el que se ubicaba inicialmente. La capacidad del objeto para posicionarse en la realidad objetiva depende de su capacidad de sobrevivir a la destrucción (Winnicott, 1982).

En el proceso del uso del objeto, el bebé dentro de su omnipotencia busca destruir el mismo, cuando el objeto sobrevive a la destrucción, el niño lo identifica como no-yo y es capaz de amarlo, este es el proceso por el que pasa la madre, inicialmente considerada, por el bebé, como una creación propia. En este caso, y en las primeras relaciones que posee el bebé, la madre es la única capaz de sobrevivir a la crueldad de este proceso destructivo, el cual es necesario para que el niño no desarrolle la necesidad de ocultar un ser cruel dentro de lo que conocemos como el self falso (Winnicott, 1945/1999). Finalmente, este proceso de destrucción se puede evidenciar en otras relaciones que sostiene el sujeto como por ejemplo la situación analista-analizado.

En el contexto de análisis, el analista se posiciona como objeto para el sujeto como un mecanismo proyectivo del mismo, sin embargo, el analista debe tomar en cuenta la naturaleza del objeto, más que el contenido proyectivo que posee. En este marco es importante que el analista, la técnica y el análisis *per se*, sobrevivan a la destrucción por parte del sujeto lo que le permitirá a la experiencia analítica posicionarse en la realidad objetiva, caso contrario el analizado se mantendrá en un espacio de autoanálisis utilizando al analista como una mera proyección (Winnicott, 1993).

La capacidad destructiva del sujeto, para Winnicott (1993), es considerada como algo positivo, ya que, en un estado de omnipotencia, el sujeto se considera el creador de los objetos, pero al poseer esta destructividad, y ya que el objeto que quiso ser destruido ha sobrevivido, se diferencia del bebé y pasa a formar parte de la realidad como objeto no-yo. Este paso a la realidad, marca la capacidad del niño de diferenciar los objetos internos de los externos. De esta manera, el infante está en la capacidad de amar a los objetos, percibiéndolos como algo que no es una creación propia.

1.2.5 Ambiente facilitador

Al haber abordado todas las funciones que cumple la madre en su papel de suficientemente buena, y siguiendo con la continuidad existencial, se puede determinar que el niño ha sido provisto de un ambiente facilitador, el mismo que fue brindado, en un inicio, únicamente por la madre y con la posterior introducción del

padre la relación. Gracias al ambiente facilitador provisto por la madre y el padre, se han podido evitar experiencias de aniquilamiento del self, y se ha logrado construir un infante individual y encaminado hacia la independencia (Winnicott, 1961).

Esta madre, en etapas tempranas de la vida del niño se encarga de la satisfacción de las necesidades nutricias, de higiene y cuidado, además de influir en el desarrollo del elemento femenino del sujeto, entre otras funciones con respecto a la vida de su hijo. El padre, en etapas posteriores será quien instaurará la prohibición del incesto necesaria para el desarrollo del elemento masculino y maduración psíquica del hijo. Es decir, madre y padre, en instancias distintas, se adaptan a las necesidades de su hijo lo que les da la connotación de suficientemente buenos a fin de que el desarrollo del niño se de en un ambiente facilitador (León, 2013).

El ambiente facilitador se instaura desde el momento del parto, siendo necesario su desarrollo por parte de la madre y soporte brindado por parte del padre. León (2013), citando a Winnicott expresa que no existe diada madre-hijo sin la participación del padre aunque esta no sea activa. Ya que es el padre el capaz de mantener estable la diada y protegerla de amenazas externas, por otro lado, también ayuda a la madre a tener el tiempo necesario para satisfacer las necesidades del niño.

Este ambiente se caracteriza por brindar al bebé la experiencia del paso de la omnipotencia a la zona intermedia o de fenómenos transicionales. Este paso e introducción a dicha zona, le brinda al bebé la posibilidad del establecimiento de objetos transicionales, los cuales representan una unión entre el niño y su madre, este proceso y establecimiento del objeto surge como una defensa frente a la pérdida de control sobre el objeto (Winnicott, 1945/1999).

Lo antes mencionado ayuda al desarrollo de la creatividad en el sujeto, lo cual es sinónimo de salud y será mantenida a lo largo de la vida, es por esta razón, que el juego es fundamental en la vida del niño. El impulso creativo se realiza en contacto con la realidad y el bebé logra tener la noción de estar vivo y de creerse a sí mismo como omnipotente y creador del mundo que lo rodea. Por otro lado, se encarga de brindar al sujeto el espacio de desarrollo del verdadero self y del falso self no patológico. El ambiente facilitador, es el encargado de brindar al niño estabilidad y evitar sentimientos de abandono o de aniquilamiento (Winnicott, 1967/1993).

Winnicott (1967/1993), realiza una diferenciación en cuanto al verdadero self, falso self normal y el falso self patológico. Se define como verdadero self a la experiencia del vivir del infante que ha sobrevivido a las amenazas de aniquilamiento en términos de una continuidad existencial. Este self se encuentra

en desarrollo de manera inconsciente en el infante y es el self falso normal el encargado de la protección y hace las veces de una máscara del verdadero self en condiciones sociales que representen una amenaza a la continuidad existencial (Barreiro, 2011).

Por otro lado, al comprender lo que se refiere con respecto al self falso patológico se puede determinar que el self falso no cumple únicamente con su función de ser una máscara del verdadero, se expresa como un estado de artificialidad y de la incapacidad de sostener vínculos profundos y reales con los semejantes. Tornándose adaptable a las normas sociales pero de una manera no convencional lo que representa un jugar con la sociedad (Barreiro, 2011).

Por la capacidad destructiva del sujeto y de su potencial agresivo, al igual que sucede con la madre, el ambiente facilitador o suficientemente bueno debe lograr sobrevivir a esta característica propia del infante. Asimismo de poder brindar al bebé la pauta de diferenciación entre los objetos internos de los externos y separar el verdadero self del falso y es de esta manera como el self emerge como entidad en la vida del sujeto (Winnicott, 1967/1993).

Como sucede con las funciones maternas, es posible que existan fallas en el funcionamiento del ambiente facilitador lo cual produciría en el niño la incapacidad de desplegar síntomas apropiados y obligarlo a identificarse con la deficiencia del ambiente perdiendo de esta manera la experiencia del self verdadero. La consecuencia principal de las fallas en el ambiente es la regresión del aparato psíquico a estadios anteriores. Al mencionar estadios anteriores, es necesario recalcar que la teoría winnicottiana menciona que el desarrollo del individuo se da por etapas en las que se definen tareas que deben ser cumplidas (Oliveira, 2007).

Winnicott (1954/1999), realiza una teorización mencionando un contraste entre lo que para él es el replegamiento y la regresión. Por replegamiento se comprende al distanciamiento que tiene el sujeto con respecto a la realidad externa, lo que se podría considerar como un “breve sueñecillo” (Winnicott, 1954/1999, pág. 325) marcado por una independencia patológica. Y por regresión se considera al retorno al estado de dependencia del bebé a su madre, sin embargo, no se considera que esta signifique, necesariamente, la regresión en términos de zonas erógenas (Winnicott, 1954/1999).

En este caso, cuando se suscita un estado de replegamiento, es necesario que un agente externo brinde un sostén para que el sujeto pase de un estado de replegamiento a uno de regresión, del cual se puede sacar provecho brindando al sujeto la adaptación a la necesidad insatisfecha, corrigiendo la falla. Sin embargo si

esto no es posible y el sujeto se mantiene en estado de replegamiento, es posible que resulte permanente (Winnicott, 1954/1999).

El ambiente facilitador tiene la principal función de brindar una membrana protectora entre el niño y el mundo externo o desconocido. Sin embargo, es necesario que este ambiente en su función de membrana falle de manera pausada permitiéndole al niño conocer de manera paulatina el ambiente que lo rodea. Empero, la misma no debe ser excesiva ni prolongada ya que gracias a este fracaso se instaurará la diferenciación entre la posesión del falso self normal del falso self patológico (Barreiro, 2011).

Esto es comparable con las características de la madre suficientemente buena, ya que en sus funciones también es necesario que falle y que brinde al bebé un espacio de frustración en porciones aceptables para el mismo, facilitando el proceso de adaptación a la sociedad, por medio de la desadaptación (Barreiro, 2011). Es decir, la madre puede permitirse fallas en su adaptación a las necesidades de su bebé ya que los procesos mentales del niño le ofrecen la posibilidad de tolerarlas e iniciar la vida propia hacia la independencia total (Winnicott, 1958/2013).

El bebé cuenta con la tendencia innata a la maduración, sin embargo, este proceso no sería posible sin la provisión de un ambiente facilitador proporcionado por los progenitores o cuidadores (Oliveira, 2007). Por último, el ambiente facilitador no debe ser invasivo, es decir, la madre debe brindar al bebé la experiencia de conocer el mundo en porciones aceptables que no representen una amenaza para la existencia. El haber tenido la provisión de un ambiente facilitador, permitirá al niño tener la confianza de “ir y venir” lo que quiere decir que en su actividad puede separarse de la madre en fin de explorar el mundo, y regresar a la misma sin alteraciones, ni tampoco que esto signifique una variación en su estabilidad (Winnicott, 1966).

1.3 La madre suficientemente buena

Al abordar toda la teorización realizada con respecto a las funciones que cumple la madre en el cuidado de su hijo se puede determinar que aquella que se considera como suficientemente buena, es quien brinda el sostén emocional y físico a su hijo. El sostén, es el inicio del desarrollo de la dependencia del sujeto, el cual comienza con una dependencia absoluta, parcial y culmina con el paso a la independencia. El proceso por el cual atraviesa el bebé para llegar a la última etapa

está directamente marcado por la capacidad de la madre de brindarle el sostén necesario para su desarrollo (Winnicott, 1970/1998).

Otra de las funciones que cumple la madre suficientemente buena es la manipulación, en este proceso se pueden enmarcar todas aquellas actividades que realiza la madre en el cuidado físico y desarrollo de su hijo, lo mismo que está relacionado con la vida emocional del niño y tiene una conexión directa con ello. Sin embargo, el *handling* no se limita únicamente al cuidado físico prestado por la madre, incluye esa apertura que le brinda al bebé para experimentar el funcionamiento corporal y el contacto con el mundo externo por medio de la madre (Winnicott, 1958/2013).

La presentación de objetos, es otra de las funciones que cumple la madre en su rol al cuidado del niño, esta se realiza con el fin de presentar el mundo en porciones aceptables para el bebé, de manera que las mismas no representen una amenaza de aniquilamiento para el infante y para su self en desarrollo. De la presentación de objetos, surge la capacidad del sujeto de manipularlos y de poder diferenciarlos como una creación que no es propia. Este paso importante en la vida del sujeto, marca un desarrollo sustancial de su psiquismo, ya que le permite situarse en la realidad, dejando de lado la omnipotencia característica de las primeras etapas de la vida (Barreiro, 2011).

Al nombrar estas tres funciones de la madre suficientemente buena, es importante tomar en cuenta que la disposición de la misma a la satisfacción de las necesidades del niño es fundamental. Sin embargo, no podrían ser reconocidas sin haber pasado antes por un proceso de identificación con el recién nacido. El proceso de identificación de necesidades parte desde el momento del nacimiento, con el llanto, el mismo que Winnicott (1949), lo considera como una señal de parte del niño hacia su madre, con el fin de estimular el inicio de la identificación. De esto, la madre desarrolla la capacidad de reconocer las necesidades de su bebé, mejor que cualquier otra persona, lo cual está determinado por la preocupación maternal primaria.

La preocupación maternal primaria, es considerada por Winnicott (1956/1999), como una enfermedad casi psicótica que en realidad representa salud en la madre, y que le ayuda a adaptarse a las necesidades del niño. Este estado, inicia meses antes del parto y termina semanas o meses luego del mismo. En este momento se desarrolla la capacidad de identificarse con el bebé y con sus necesidades y estar dispuesta a satisfacerlas en el momento preciso.

De todo el proceso por el que ha pasado el niño durante el cuidado de su madre surge la interrogante de si ha podido él formar un yo fuerte, la respuesta depende

directamente de la madre real y de la capacidad que posee de responder satisfactoriamente a la dependencia absoluta del infante antes de ser implantado el self verdadero. Todo este proceso está marcado por el breve espacio de omnipotencia por el que atraviesa el bebé gracias a su madre en el que el mismo se relaciona con objetos subjetivos, es decir sujetos a proyecciones, que posteriormente se convierten en objetos objetivos, percibidos con sus características propias lo cual da la pauta para su ingreso en el principio de realidad, sin embargo, este paso no sería posible si la madre no actúa de la manera que corresponde (Winnicott, 1965/1981). Cuando no hay un quehacer materno suficientemente bueno, el infante es incapaz de alcanzar la maduración del yo o podría existir algún grado de distorsión en ciertos aspectos importantes de la maduración primitiva. Dentro de las posibles consecuencias que tendrían un deficiente cuidado materno están: esquizofrenia infantil o autismo, esquizofrenia latente, autodefensa falsa o personalidad esquizoide, en las cuales se puede evidenciar una falla en el proceso de personalización mediado por los cuidados que realiza la madre (Winnicott, 1945/1999).

Winnicott (1945/1999), en su teoría, desarrolla la importancia de brindar al niño el ambiente facilitador. Esto se obtiene con la participación del padre en la dinámica de cuidado del niño. No obstante, el autor considera que la participación del padre se debe abordar a partir de los 3 meses de nacido, formando así, una figura subsidiaria en el cuidado. Aun así, se menciona que el padre debe mantener una participación en los cuidados de manera mínima, planteado como una observación participativa en momentos cruciales como, por ejemplo, el baño. Al ser la madre, la principal encargada de los cuidados, es ella quien permitirá el ingreso del padre a la diada madre-hijo, dando paso a la formación del ambiente facilitador para el desarrollo del infante.

Aquella madre que no es suficientemente buena es incapaz de brindar al niño la capacidad de vivir su omnipotencia y falla en su quehacer de adaptarse a las necesidades del niño y en satisfacerlas. Por el contrario, interpone sus necesidades a las del infante provocando sumisión del niño a sus necesidades, lo que deviene en un self falso, la capacidad creadora no se desarrolla y por ende la posibilidad de aprender a usar simbolismos se ve perjudicada ya que el infante se encuentra aislado de la realidad inmediata, obligado a vivir en una existencia falsa (Winnicott, 1960). El niño pasa por una fase en la que pierde contacto con la realidad externa, desintegración, despersonalización, y no logra realizar la conexión entre la psique y su cuerpo, por lo que no es consciente de los procesos funcionales del mismo (Winnicott, 1953).

Winnicott (1966), sigue la misma línea teórica freudiana al plantear que es el padre quien se encarga de romper la relación simbiótica entre la madre y el niño por medio de la castración y además, una de las más importantes actividades que realiza el padre, es el proveer la estabilidad necesaria y el espacio para que la relación madre-hijo se vaya instaurando de manera progresiva y satisfactoria. Sin embargo, con el fin de establecer el ambiente facilitador, el autor especifica otras funciones que cumple el padre, que son las siguientes:

El padre representa y personifica la ley y el orden, tanto para la madre y para el hijo, siendo un respaldo de la autoridad materna y su apoyo moral, para esto no es necesario su presencia continua en el hogar, pero si con la frecuencia necesaria para que el bebé lo tome en cuenta como participante en la relación. Por otro lado, al igual que en la teoría Freudiana, el padre representa el objeto de identificación, de las características positivas de su personalidad, tornándose como el ideal del yo, esa figura a la que los hijos quieren alcanzar posteriormente. De la misma manera, el bebé utiliza al padre como patrón de su integración. Al ser el padre el representante de la ley, es un reproductor del mundo externo y de sus normas socialmente aceptadas lo que previene la actividad antisocial (León, 2013).

Complementariamente a estas funciones paternas la prevención de la actividad antisocial está directamente relacionada con la representación de la ley por parte del padre. Winnicott (1956/1999), teoriza que las actitudes delinCUenciales en los adolescentes responden al deseo de encontrar la ley que no fue suficiente en los primeros momentos de la infancia.

La participación del padre en el cuidado del bebé en un inicio resulta secundaria. Empero, posteriormente él mismo debe estar dispuesto a cumplir el deseo del hijo de compartir tiempo y tener la disponibilidad necesaria de hacerlo además de participar en el juego. El espacio en el que el niño juega, resulta muy importante ya que es sinónimo de salud y da la visión clara de que el sujeto ha logrado desarrollar su creatividad y ha podido diferenciar los objetos yo de los no-yo (León, 2013).

Por último, dentro de las funciones que cumple el padre está la de aliviar las tensiones de la madre y del hijo. En cuanto a la madre se refiere al soporte en tanto a la organización de tiempo y de actividades para que ella esté disponible para satisfacer las necesidades del niño, además de representar un soporte emocional, entre otros. En el caso del niño alivia las tensiones acumuladas por los deseos parricidas siendo el objeto de despliegue de la carga ambivalente de estos impulsos instintivos, además de mantenerse vivo frente a estos instintos (León, 2013). Al igual que la madre y el ambiente facilitador, el padre tiene el deber de fallar en su

función para que sea posible para el bebé reconocer la frustración e introducirse al mundo y al principio de realidad.

En resumen, el padre representa para el hijo fortaleza, control de agresión, presencia indispensable para fantasear con los deseos parricidas, figura de rivalidad para el desarrollo del complejo de Edipo, modelo de identificación, pilar para la constitución del ideal del yo, empatía, introducción al mundo imaginario, además de participar en el juego y desarrollo del bebé. Para Winnicott (1966), la diada madre-hijo no existe sin el sostén del padre y al mismo tiempo el padre entra para complicar la relación entre ambos y poder brindar la promesa del amor fuera del ambiente familiar. El padre es un complemento necesario, ya no existe madre sin padre y en algunos casos un sustituto materno y amante de la madre, es por esta razón por la que es capaz de romper con la relación simbiótica madre-hijo (León, 2013).

SEGUNDO CAPÍTULO: LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y SU RELACIÓN CON EL DUELO

El presente capítulo pretende justificar por qué la depresión post-parto podría encontrar un trasfondo en un proceso de duelo. Al estar la madre atravesando por esa situación, es necesario considerar los posibles efectos que podría tener tanto en su vida, la de su hijo y como en la relación entre ambos.

2.1 La depresión post-parto

El periodo de embarazo y la maternidad es un periodo en la vida de una mujer que implica cambios drásticos, tanto en su rutina personal, su relación de pareja, relaciones familiares y relaciones sociales. Es por esta razón que el periodo de maternidad puede ser considerado, por algunos autores, como una etapa de maduración y de crisis, ya que podría significar cierto grado de vulnerabilidad frente a alteraciones emocionales, dificultades de adaptación al bebé o podría desencadenar un proceso de revivir conflictos de etapas previas (Oquendo, Lartigue, Gonzáles-Pachecho, y Méndez, 2008).

La depresión post-parto, es en realidad, un trastorno que genera polémica, el mismo que encuentra causas no solo fisiológicas, sino también emocionales y además el medio, en tanto pareja, familia, amigos, trabajo, etc. ejerce una importante influencia en su desarrollo (Zelaya, 2003). Sin embargo la posibilidad de presentar un cuadro depresivo después de dar a luz no excluye ni incluye a una población específica, es decir, puede afectar a mujeres que han tenido embarazos fáciles o problemáticos, madres primerizas o a madres con uno o más hijos, a mujeres casadas o mujeres que no lo estén, y es independiente de la edad, raza, etnia, cultura o nivel de educación (APA, s/f). Sin embargo, Almeida y Toscano (2013), determinan que el ser madres primerizas puede representar un factor de vulnerabilidad a su padecimiento.

“La depresión post-parto ha sido identificada en el año 460 antes de Cristo” (Zelaya, 2003, pág. 25), en el tiempo de Hipócrates, denominada como *amencia*, término que hace referencia a un estado de confusión (Valls, s/f). A pesar de haber sido identificada hace tanto tiempo, aún en las últimas décadas su padecimiento genera polémica y además, sigue siendo un trastorno poco explorado, pero el interés por desarrollar investigaciones en este campo, ha crecido, únicamente en las recientes décadas.

No obstante, aún con el aumento de interés en su investigación, como cuadro psicopatológico ha venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento farmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas (Zelaya, 2003, pág. 25).

A pesar de que su descubrimiento se remonta al año 460 a. C, la descripción más profunda fue realizada por el Psiquiatra Brice Pitt en 1968, denominándola como depresión atípica con predominio de síntomas como ansiedad, irritabilidad y fobias, además de poder incluir, en algunos casos hipersomnia y aumento de apetito (Adam, 2013). Tomando en cuenta ciertas reacciones psicológicas es posible presentar sentimientos de culpa, pensamientos autodestructivos o rechazo al recién nacido, sentimientos de incapacidad, etc. La frecuencia mundial de este trastorno fluctúa en un rango de entre “30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%” (Almeida y Toscano, 2013, pág. 44).

Tras el embarazo y el trabajo de parto, la madre se encuentra en un estado de fragilidad física y psicológica lo que marca una posible predisposición a sufrir ansiedades, impulsos, depresiones. Sin embargo, desde la perspectiva médica, se puede determinar que si estos síntomas no exceden cierta cantidad de tiempo, se encuentran dentro de las reacciones normales frente al parto. Empero, si su intensidad y duración excede esta cantidad de tiempo, es posible que la madre, esté atravesando por un cuadro de Depresión Post-parto. El cuadro depresivo con esta especificación debe ser debidamente diagnosticado por profesionales en la medicina para lograr su intervención en sus primeros momentos y poder preservar la vida tanto de la madre como del bebé (Adam, 2013).

Al estar la madre expuesta a este estado de vulnerabilidad, es importante que se cree la cultura de establecer una red de apoyo para ella durante el embarazo y tras el parto (APA, s/f). Esta red de apoyo puede incluir familiares, el padre del niño, o no necesariamente personas con algún grado de consanguinidad. Es necesario que la madre sienta el apoyo y acompañamiento en los primeros instantes de ser madre, en especial cuando se trata de madres primerizas.

2.1.1 Definición del trastorno

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta a las funciones cerebrales, estado de ánimo, curso del pensamiento y es considerada la “forma más común de sufrimiento mental” (Almeida y Toscano, 2013, pág. 44), la misma que afecta a un sin número de personas, sin discriminar, raza, edad, sexo, género, edad,

nacionalidades o culturas. Sin embargo, aunque la depresión post-parto se encuentre en la esfera de los trastornos depresivos, debe cumplir particularidades diagnósticas específicas para ser considerada como tal.

Durante el embarazo y el parto se presentan una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que podrían aumentar la vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollo de ciertos trastornos en la madre. La depresión post-parto es entendida como la presencia de un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos. Sin embargo, este trastorno en cuadros severos puede ir acompañada de síntomas psicóticos y tener una duración más prolongada. El trastorno puede manifestarse durante el primer año después del parto. Empero, la mayor frecuencia de presencia del trastorno se encuentra durante el primer mes o durante los primeros tres meses post-parto (Adam, 2013).

El cuadro clínico de la depresión post-parto es similar al de los episodios depresivos típicos que están lejos de estar relacionados con el parto. Sin embargo, esta posee características peculiares que permiten encasillarla como un trastorno específico (Almeida y Toscano, 2013). La presencia del trastorno posee alta tasa de morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el bebé, llevando a la madre, en algunas ocasiones al consumo de sustancias como tabaco, alcohol o drogas, el descuido del bebé o la deficiencia en la satisfacción de sus necesidades (Zelaya, 2003).

Aun cuando se ha logrado especificar el trastorno independientemente de otro tipo de depresiones, la diferenciación de sus síntomas con la de una depresión típica no es significativa. Empero, es importante mencionar que la presencia de este trastorno posee la particularidad de posibles efectos tanto en la madre como en el hijo, en el ámbito emocional, social, psicológico, y su duración suele ser mayor (Almeida y Toscano, 2013).

Factores de riesgo: La APA (s/f), en un artículo desarrollado sobre la Depresión Post-Parto, determina como factores de riesgo a los siguientes:

- Cambios hormonales tras el parto.
- Antecedentes familiares o personales de depresión o enfermedades mentales.
- Problemas de adaptación a la nueva vida o a las necesidades del bebé.
- Tener un bebé que requiere un cuidado especial como por ejemplo por parto prematuro o problemas de salud.
- Ser madre primeriza, madre muy joven o mayor.
- Presencia de otras fuentes de estrés.
- Problemas económicos o laborales.

- Falta de apoyo familiar y social.

Como se mencionó anteriormente, uno de los factores de riesgo para el padecimiento de la depresión post-parto es la presencia de cuadros depresivos anteriores. Sin embargo, hay ocasiones en las que el cuadro depresivo está presente en algún momento del periodo de gestación. La presencia de un trastorno depresivo durante el embarazo puede acarrear las siguientes consecuencias: falta de control natal, partos prematuros, bebés con peso o talla inferior a la normal, consumo de sustancias, entre otras (Almeida y Toscano, 2013). El haber presentado un cuadro depresivo típico durante el embarazo puede significar un factor de riesgo para presentar Depresión Post-parto.

Las posibles consecuencias de la depresión post-parto y su padecimiento pueden ser amplias, sin embargo, es posible el reconocimiento de conductas de riesgo, como por ejemplo, falta de interés por atención post natal, conductas poco saludables, negligencia en el cuidado del infante, distanciamiento en la relación madre-hijo, entre otras (Zelaya, 2003). Es importante que al presentarse conductas que puedan dar cuenta de la presencia del trastorno se someta a la madre a un proceso diagnóstico para determinar su padecimiento. En los casos en los que la madre no acude a un proceso diagnóstico, el bebé podría presentar afectaciones directas como pueden ser: retraso en el lenguaje, en el desarrollo cognitivo, o problemas para el desarrollo emocional (Almeida y Toscano, 2013).

2.1.2 Síntomas y diagnóstico

Aunque se conoce que durante el periodo comprendido desde el parto hasta un año más tarde, tanto los cambios bioquímicos existentes, así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la depresión post-parto. Sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las vulnerabilidades específicas de estas pacientes durante este periodo (Almeida y Toscano, 2013).

En el diagnóstico de la depresión Post-parto se pueden presentar tres modalidades, tomando en cuenta la severidad del caso:

La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina "baby blues", la cual dura unos pocos días. La condición moderada se conoce con el nombre de Depresión Post Parto, la cual puede extenderse por aproximadamente dos años, y la reacción más severa se llama Psicosis

Puerperal, caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad por extensos períodos de tiempo (Zelaya, 2003, pág. 27).

Síntomas

Al hablar de trastornos mentales, es importante tomar en cuenta que la presencia de los síntomas puede variar de un paciente a otro. Sin embargo, existen ciertos síntomas que se presentan en la mayoría de pacientes que padecen de depresión post parto. Según la APA, (s/f) los síntomas pueden incluir:

- Perder interés en las cosas que le gustaban antes.
- Alteraciones en los hábitos alimenticios.
- Ataques de pánico o fobias.
- Enlentecimiento o agitación.
- Pensamientos muy rápidos.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Cambios drásticos de estado de ánimo.
- Tristeza recurrente y llanto fácil.
- Estar preocupada de no ser una buena madre.
- Tener miedo de estar sola con el bebé.
- Alteraciones de sueño, dormir demasiado o dormir muy poco.
- No tener interés en el bebé, la familia o los amigos.
- No poder concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones.
- Pensar en hacerse daño a sí misma o al bebé.

Para que el diagnóstico sea realizado es importante que los síntomas se presenten en conjunto y durante un determinado tiempo, como por ejemplo: la mayor parte del día, varios días a la semana y por un periodo que ascienda como mínimo a las dos semanas de duración. La presencia de estos síntomas deben provocar un malestar y dificultar el funcionamiento cotidiano de la madre (Adam, 2013).

Diagnóstico

Con fines diagnósticos de este trastorno se han diseñado algunas escalas. Una de las más utilizadas y conocidas es la escala de depresión post-parto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*); el instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno

depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas (Almeida y Toscano, 2013, pág. 46).

Dejando de lado las escalas estandarizadas para el diagnóstico como la anteriormente presentada, se debe tomar en cuenta los manuales utilizados en los procesos diagnósticos en diferentes ámbitos como los hospitales. Mencionando la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 desarrollado por la *Organización Mundial de la Salud* y el DSM V desarrollado por la *American Psychological Association*, así los criterios diagnósticos incluidos en los mismos son considerados como la guía más útil para la práctica clínica.

Además, se debe recalcar la importancia de incluir procedimientos de detección de depresión post-parto en los primeros estudios realizados a la madre tiempo después de dar a luz. Su importancia radica en detectar el cuadro oportunamente para poder brindar tratamiento para reducir los riesgos tanto en la vida de la madre, cuanto en la vida del recién nacido (Almeida y Toscano, 2013; Zelaya, 2003).

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

A pesar de que existe un apartado para situar a la depresión post-parto bajo el código F53 en donde se encuentran ubicados los “trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar” (Organización Mundial de la Salud, 1992), no se detallan criterios diagnósticos para poder determinar qué síntomas se toman en cuenta para codificarlos dentro de esta categoría. Sin embargo como su nombre lo dice, son trastornos situados únicamente en el puerperio, comprendido como el periodo de recuperación física de la madre tras el parto (OMS, 1992).

Por otro lado, tomando en cuenta la primera denominación que se le brindó a la depresión post-parto, como depresión atípica, se hará un recorrido por los criterios tomados en cuenta para enmarcar un trastorno en los episodios depresivos, relacionándolo así con los síntomas presentes en la depresión post-parto.

Durante los episodios depresivos típicos, la persona presenta pérdida de interés, disminución de vitalidad, reducción del nivel de actividad, cansancio, disminución de atención, sentimientos de culpa, pérdida de confianza, pesimismo, pensamientos suicidas o auto-agresivos, trastornos del sueño y alteraciones en el apetito. Es importante recalcar que en los episodios depresivos el ánimo varía en menor grado de un día a otro y que para ser considerado como tal, debe exceder las dos semanas de duración (OMS, 1992).

Para poder enmarcar a la depresión post-parto en esta categoría, se han tomado en cuenta los criterios diagnósticos de las formas atípicas de la depresión en las que se presenta ansiedad, malestar, agitación psicomotriz, irritabilidad, consumo de sustancias y presencia de fobias. La depresión atípica se encuentra codificada dentro de la subcategoría de otros episodios depresivos. Para los cuales sus características no se enmarcan en su totalidad en los episodios depresivos típicos pero que su impresión diagnóstica indican su naturaleza depresiva (OMS, 1992).

Como ya fue mencionado antes, no existe una especificación dentro del CIE 10 (1992) para determinar la depresión post-parto. Sin embargo, dentro de los trastornos contenidos en el código F53 están:

- “F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves” (OMS, 1992).
- Incluye: depresión postnatal y depresión postparto sin especificar.
- “F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves” (OMS, 1992).
- “F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar” (OMS, 1992).
- “F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación” (OMS, 1992).

Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V de la American Psychological Association (APA)

Por último, en el DSM V, la depresión post-parto estaría ubicada en la categoría de trastornos depresivos. Presentando los siguientes síntomas incluidos en el diagnóstico de depresión mayor: estado de ánimo deprimido, disminución de interés, pérdida de peso o aumento, insomnio o hipersomnia, agitación, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de concentración, pensamientos recurrentes de muerte. Para el diagnóstico se deben presentar cinco de los síntomas anteriores. En presencia de los mismos, es posible especificar un trastorno depresivo con inicio en el periparto acompañado de características atípicas que son: notable aumento de peso, hipersomnia, parálisis plúmbea y rechazo interpersonal. En este caso, el diagnóstico debe cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor con síntomas atípicos y que se produce durante el embarazo o a las cuatro semanas después del parto (American Psychological Association, 2013).

2.1.3 Tratamiento

Para el tratamiento de la depresión post-parto se pueden tomar medidas veinticuatro horas posteriores al parto. Durante las primeras horas post-parto, las intervenciones realizadas con la madre tienen como objetivo la prevención usando técnicas como “psicoeducación, o terapia” (Almeida y Toscano, 2013, pág. 53) desde diferentes enfoques para trabajar conflictos psíquicos que puedan desencadenar una depresión post-parto. En caso esté presente el trastorno se iniciará tratamiento interdisciplinario incluyendo terapia psicológica para explorar conflictos de fondo que puedan causar el trastorno, además de psicofarmacológico con antidepresivos. “La visita temprana de seguimiento puerperal, en domicilio o de manera ambulatoria, pretende descargar la atención hospitalaria de la puérpera y el recién nacido, generalmente sin patología, realizando un cribado de patología y problemática social” (Almeida y Toscano, 2013, pág. 54).

2.2 El Duelo

El duelo es un proceso normal que aparece cuando hay una pérdida significativa, es un proceso dinámico debido a que la persona podría presentar altibajos emocionales en torno a la pérdida, el dolor experimentado en este proceso tiene su origen en el anhelo de recuperar el objeto perdido y también por la desazón repetitiva experimentada por la decepción de no encontrarlo. “Se da de manera íntima, por lo que las reacciones físicas y psicológicas cambian en cada persona; además, depende del reconocimiento social y del apoyo que recibe para poder elaborar su pérdida” (Toro, 2015, pág. 6). Pero es importante mencionar que la persona, debe tomar un papel activo en el proceso de elaboración del duelo, ya que, como se mencionó antes, es un proceso íntimo, el mismo respeta tiempos y ritmos personales, además de los mecanismos para afrontarlos.

El duelo constituye un proceso doloroso y difícil para la persona que lo vive, el mismo implica gasto psíquico y físico, ya que al perder al ser u objeto amado, el sujeto mantiene la fantasía de que en algún momento todo volverá a ser de la manera que era antes. Atravesar estos sentimientos y deseos de reestablecer el pasado (García, 2016), constituyen mecanismos de defensa normales frente a la actual situación, ya que permiten al sujeto que el gasto psíquico no sea excesivo, poniendo en marcha la función económica del aparato psíquico. En este proceso, cuando el sujeto es consciente y ha aceptado que el ser u objeto amado no

regresará se ponen en marcha recursos personales, o yoicos, para hacer frente a esta realidad.

Tomando en cuenta la definición de Chemama y Vandermersch, “el término duelo designa a la vez el hecho de perder a un ser querido y la reacción ante esta pérdida. Dicha reacción se caracteriza por un afecto doloroso, por una suspensión de interés por el exterior, por una inhibición” (2010, pág. 179), es decir, el sujeto atraviesa esta pérdida lo cual desencadena una falta de interés por la realidad externa.

A pesar de que Freud (1917), realiza una teorización en torno al duelo, no describe fases o etapas por las que atraviesa el sujeto en este proceso. Sin embargo, Montoya (2013), citando a Engel, plantea que el duelo se divide en seis estadios o fases. Engel (1964), mencionó que el duelo debe ser considerado una enfermedad, dicha afirmación generó polémica, pero no pretendía referirse al duelo desde el punto de vista patológico, sino afirmando que implica un cambio drástico de estado que podría incurrir en conductas de peligro para el sujeto que lo vive (Montoya, 2013).

Las seis fases que menciona Montoya (2013), citando a Engel son:

1. Shock e incredulidad: La persona que ha perdido al ser querido, se encuentra inicialmente aturdido y necesita tiempo para procesar el suceso.
2. Desarrollo de la conciencia de pérdida: Debido a que el sujeto toma consciencia de que ha perdido algo o a alguien se ponen en marcha impulsos emocionales a manera de lucha y huida, entre estos podrían estar el llanto, rabia, irritabilidad, culpabilidad, etc.
3. Restitución: El proceso de restitución o recuperación iniciaría cuando la pérdida es reconocida y aceptada como inminente. En esta fase los rituales, como los religiosos, pueden proporcionar paz y expectativas.
4. Resolución de la pérdida: Al haber aceptado la pérdida e iniciar el proceso de recuperación, el duelo requiere de momentos de aislamiento para poder procesar la pérdida.
5. Idealización: Durante esta fase, se logran reprimir ideas o sentimientos negativos frente a la pérdida y a lo que se ha perdido, por el contrario, se le dota de sentimientos positivos para continuar con el proceso hasta elaborar el duelo.
6. Resultado: El proceso de elaboración del duelo podría tomar 1 año o más de duración. Para el autor, son influyentes ciertas características del sujeto frente al proceso, tales como; edad, dependencia, pérdidas previas, etc.

Es importante mencionar que el duelo es un proceso normal frente a una pérdida, representado por un vacío y con sus respectivas fases para lograr

elaborarlo. Sin embargo, existen características que llaman la atención y podrían dar cuenta de que un sujeto está atravesando un duelo patológico. Según el Psicoanálisis un duelo patológico o no elaborado es equiparado con la melancolía en la obra de Freud (1917/1992)

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (pág. 242).

Es decir, frente a la melancolía, el sujeto se encuentra en la imposibilidad de continuar con la vida, situación enraizada en la incapacidad de retirar la investidura libidinal del objeto perdido.

2.2.1 El duelo en la obra de Sigmund Freud

Sigmund Freud (1917), define al duelo como “[...] por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917/1992, pág. 241). Abordando la definición de Freud (1917/1992), el duelo no solo se vive durante un proceso de muerte real, se puede presentar en otro tipo de pérdidas como por ejemplo un ideal, o una persona u objeto que represente a un ser amado. Este objeto perdido puede ser real o imaginario, cualquier pérdida significativa implica un trabajo de duelo.

Freud (1917/1992), menciona que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, que acarrea la pérdida de interés frente al mundo o a los objetos que no estén relacionados con el ser u objeto perdido, además de la incapacidad de elegir otro objeto o sujeto a quien amar. “[...] para que haya un duelo, el objeto tuvo que haber sido investido, libidinizado [...]” (García, 2016, pág. 3). Es decir que el objeto fue investido y que el mismo fue cargado de energía pulsional que liga al objeto a una representación o conjunto de representaciones, brindándole así, significancia en la vida del sujeto que lo ha investido.

Para Freud (1917/1992), el trabajo de duelo consiste en realizar un examen de realidad, donde se tome consciencia de que el objeto amado ya no existe, logrando retirar la investidura libidinal para finalmente dirigirla a otro objeto (sustituto). Este proceso, implica un gran gasto de tiempo y energía ya que en la estructura psíquica, el objeto amado, aún existe. Empero, la elaboración del duelo significa: “Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se

anudaba al sujeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consuma el desasimiento de la libido” (Freud, 1917/1992, pág. 243). Es así que, el duelo normal concluye en la aceptación de la pérdida del objeto y con el restablecimiento de las energías del yo, “este proceso mueve al yo a renunciar al objeto declarándoselo muerto y ofreciéndole como premio permanecer con vida” (Freud, 1917/1992, pág. 254). Tras la elaboración del duelo, la libido ha podido ser retirada del objeto perdido y depositada en otro.

El proceso de elaboración de duelo, consiste en la puesta en palabras de la significación e impacto que ha tenido la pérdida en la vida del sujeto, es por esto que García (2016), menciona que el lenguaje tiene mucho valor durante este proceso, ya que mediante este, es posible para el sujeto tomar consciencia de la pérdida, de lo que significó la misma en su vida, además de las razones por las que el objeto perdido era un objeto amado.

2.2.2 El duelo en la obra de Donald Winnicott

En la teoría de Winnicott, no se hace una alusión extensa a los procesos de duelo. Sin embargo menciona que, al igual que Freud el duelo significa que el sujeto ha perdido un objeto amado pero al mismo tiempo, este objeto ha sido “mágicamente introyectado” y se encuentra ligado al odio. El proceso por el que pasa el objeto para ir del amor a ser un objeto odiado está condicionado por la representación interna que posee el sujeto sobre aquello que ha perdido al introyectar dicha falta de objeto (Winnicott, 1954/1955).

El duelo es sinónimo de madurez en el individuo que pasa por el siguiente proceso: el sujeto ha sufrido una pérdida, posteriormente introyecta el objeto perdido y lo odia. Durante este periodo de duelo el sujeto puede ser feliz por espacios cortos de tiempo, como si el objeto perdido ha resucitado de una u otra manera porque ha revivido en el interior, pero más adelante este estado cambiará y el odio por la pérdida recobrará participación en la vida del sujeto, situación en la que la depresión haría su aparición (Winnicott, 1958). Estos periodos en los que el objeto perdido “revive” suelen ser casuales o causados por momentos fortuitos como aniversarios u otros acontecimientos que recuerden la relación mantenida con el objeto pero que al mismo tiempo remarcan la falla del mismo al haber desaparecido. Tras el paso del tiempo, y en sujetos sanos, el objeto interiorizado con odio empieza a ser despojado de esta emoción, y el sujeto vivo recobra la felicidad pese a la pérdida irremediable del objeto pero al mismo tiempo a la

resurrección del mismo y mantención del recuerdo de lo perdido dentro del yo (Winnicott, 1958).

Por otro lado, al teorizar sobre los objetos transicionales, el autor menciona que el proceso de pérdida constituye un paso inicial para integrar las experiencias de sí mismo (Winnicott, 1982). Es decir, el proceso por el que pasa el niño en el desarrollo, desde la omnipotencia hasta la experiencia de la zona intermedia, representa una pérdida. Esta situación adquiere ese significado, al comprender que el pecho de la madre, no es una creación propia, más bien es el medio por el cual él puede relacionarse con su madre. Los objetos y fenómenos transicionales, son un medio de conexión entre la madre y el hijo, y muchas veces representan un sustituto de la madre que ha dejado de ser considerada una creación propia (Winnicott, 1959/1971).

El bebé que no ha alcanzado cierto grado de madurez no puede llevar a cabo un proceso de duelo, sin embargo, es posible que se susciten reacciones frente a una pérdida, en la que el ambiente y el sostén que reciba le permitirán el cumplimiento de un proceso de duelo. El niño atraviesa por un estado de duelo, tanto y en cuanto su yo y su grado de madurez le permita vivenciarlo como duelo al perder el poder que tenía sobre el pecho, ahora concebido como un objeto externo. De esta manera, y estas primeras pérdidas sufridas en las primeras etapas de la vida, sirven de modelo para las siguientes instancias en las que se suscite una pérdida (Winnicott, 1954/1955).

Finalmente, Winnicott (1963), al teorizar sobre la depresión realiza una conexión entre dicho trastorno con los procesos madurativos, el sentimiento de culpa y también con el duelo, definiendo que este trastorno, aun cuando ha sido relegado al campo de la psiquiatría, podría tener sus raíces en sentimientos de culpa o por otro lado como parte adherida al proceso de duelo, sea este por muerte u otra situación equivalente a la pérdida del objeto amado (Winnicott, 1963).

2.3 La depresión post-parto como duelo

Inicialmente para la mujer, el ser madre y dar a luz un hijo se conecta con el deseo infantil con el que termina su Complejo de Edipo (Freud, 1925/1990). Durante este periodo por el que atraviesa la niña, en su desarrollo psicosexual, expresa un odio profundo hacia su madre, al caer en cuenta en las diferencias anatómicas con el niño. De esta desigualdad, surgen en la niña sentimientos de estar incompleta y de culpabilizar a la madre de estar desprovista de un pene. Este

odio provoca que la niña vuelque su deseo y libido en el padre, convirtiéndolo en su objeto de amor.

Al igual que en el Edipo masculino, los deseos infantiles presentes en esta etapa del desarrollo psicosexual, son irrealizables por lo que la niña pasa de desear a su padre, a desear algo que lo sustituya, en este caso, un hijo. Este hijo llega a tener la equivalencia fálica, por lo que el deseo de hijo radica en lo siguiente: hijo=pene y en el deseo de darle a su padre un bebé para sustituir a su madre. De esta manera la mujer logra, con el embarazo, obtener el pene, que no le fue otorgado por la madre (Freud, 1905/1990; Freud, 1925/1990).

El embarazo y el parto representan contradicciones e ilusiones, todo este proceso moviliza contenidos inconscientes como conflictos de la infancia, relaciones y deseos en función de la relación con la madre. Estos procesos y también el cuidado del niño son situaciones que implican cambios y adaptaciones a la nueva vida como madre. Sin embargo la identificación con conflictos pasados podría desencadenar en un rechazo a la maternidad (Garzón, 2011; Arias, 2014; Vizcaino, 2016).

La maternidad también es presa de contenidos simbólicos de la propia infancia en la cual, la actual madre se identifica con su madre y con todo lo que ella hizo con el objetivo de lograr el desarrollo de su bebé. Al tener un alto contenido simbólico, la relación que se gesta entre la madre y el hijo se desarrolla en función de alcanzar un ideal, ideal de relación, ideal de hijo e ideal de madre. Al no alcanzarlo, el periodo de maternidad representa frustraciones, no logros, insatisfacciones y la imposibilidad de alcanzar el ideal planteado (Serrano, 2007).

Al hablar de duelo, se ha podido detallar cuáles podrían ser los diversos factores que lo desencadenen. Sin embargo, por la pertinencia de este acápite, se tomarán en cuenta aquellas posibles causas que podrían dar a la depresión post-parto la connotación de un duelo. Como cuando una mujer da a luz, debe readaptar su vida a la falta de estar embarazada y volcar su atención al bebé y permitir que el entorno centralice su interés en el nuevo miembro de la familia. Los cambios a los que se debe una madre adaptar en esta etapa pueden ser fuertes factores desencadenantes de procesos depresivos ya que ella se adaptará a nuevos aspectos e identidades (Serrano, 2007).

Las pérdidas que se pueden experimentar que desencadenen el proceso de duelo pueden ser tanto inconscientes como conscientes. En el caso de la maternidad, la mujer puede atravesar un proceso de duelo al tener en sus brazos un bebé que no cumple con las expectativas de su “hijo idealizado”, como podría ser el caso de niños que nacen con algún tipo de patología (Garzón, 2011). Es

importante mencionar que el hijo al nacer se encuentra en la necesidad de no alcanzar los ideales que sus padres han depositado en él, evitando de este modo, que ellos conserven su idea de que el nuevo bebé es una extensión de los mismos, y pasen a considerarlo como un ser separado y que se encuentra en proceso de desarrollo para alcanzar su independencia total (Winnicott, 1945/1999).

Según Garzón (2011), el hijo que no ha nacido aún, y se encuentra en proceso de gestación, es una hipótesis, un proyecto o una promesa, el mismo, soporta el ideal de sus padres y la idea de que aquel hijo próximo a nacer cumplirá todas sus expectativas, esto produce el anudamiento con el deseo de tenerlo. El ideal planteado para este nuevo hijo está ligado con el narcisismo de los padres ya que es una manera de relacionarse con el ideal de ellos mismos.

Los padres se preparan buscando posibles nombres, comprando cosas, arreglando y adecuando espacios físicos para el bebé recién nacido y todos los preparativos anteriores al parto. Estos determinan que la vida psicológica del niño empieza tiempo antes de su nacimiento ya que este bebé está sujeto al imaginario de los padres y los mismos forman parte de su historia (Vizcaíno, 2016).

Otro aspecto por el que se puede analizar a la depresión post-parto como duelo es la situación en la que la madre ha perdido el ideal de estar embarazada, de haber conseguido ese hijo que deseaba darle a su padre y tener al fin el sustituto fálico del que fue privada por la madre. En otras palabras, durante el embarazo la madre atraviesa un supuesto estado de completud el mismo que finaliza con el parto atravesando sentimientos de vaciamiento y pérdida. Este estado de completud también radica en la omnipotencia en la que se siente la madre ya que es capaz de dar vida por sí sola, se siente como una especie de creador, además de que goza el beneficio de recibir la atención y valoración del medio (Serrano, 2007).

También se menciona que la madre al tener a su hijo en su vientre, puede sentirlo como una parte de sí misma y mantiene esta ilusión durante los nueve meses de gestación. Empero, tras el parto, esta ilusión se desvanece ya que el niño, a pesar de ser totalmente dependiente, es otro y no parte de ella (Serrano, 2007). Esto puede desencadenar un rechazo hacia el infante ya que la madre está obligada a reconocer que ese niño, no es parte de ella, sino que es totalmente dependiente de ella, lo que le obliga a anular el estado en el que se hacían cargo de ella para transformarlo en un hacerse cargo de su hijo.

“El parto constituye una experiencia emocionalmente intensa que irrumpe el estado de regresión narcisista vivido durante el embarazo y de gratificación por la ilusión de completud” (Zelaya, 2003, pág. 5). Por estas razones, se puede

considerar a la depresión post-parto como una elaboración de duelo, ya que la madre ha perdido un estado deseado, su nuevo hijo no cumple con expectativas depositadas en el “ideal de hijo”, o se siente desprovista de la valoración que recibió durante todo el embarazo.

Se puede incluir también que el parto puede significar para la mujer el revivir la primera separación de su madre vivida como angustia. De esta puntualización parte lo planteado por Winnicott al referirse al trauma del nacimiento. Winnicott (1949), toma en cuenta lo planteado por Otto Rank en 1924 al referirse al parto como una vivencia traumática y en base a esto desarrolla sus ideas sobre lo vivido por el recién nacido durante el parto.

Según la teoría winnicottiana, para que el parto se considere traumático, debe exceder ciertas condiciones que son propias del proceso, como por ejemplo, cuando el trabajo de parto se ha extendido por complicaciones de salud de la madre o por la posición del bebé aún dentro del vientre.

Finalmente, en la teorización winnicottiana frente a un proceso de duelo se reconoce el nexo directo entre este y un cuadro depresivo que incluye el odio hacia el objeto perdido, o quizá también la pérdida de poder de manejo de aquel objeto que se ha ido, como sería en el caso de que la madre toma consciencia de que el bebé no es parte de ella, sino más bien otro que depende de sus cuidados.

2.3.1 El concepto de Muerto-vivo en la obra de Willy Baranger

El concepto de muerto-vivo planteado por Willy Baranger, hace referencia a un estado en el que posiciona la persona en duelo al objeto que ha perdido, el objeto es vivenciado como a medias, es decir como vivo y muerto al mismo tiempo. El objeto, al estar en este estado, puede tener diferentes variantes; la primera se refiere a que el sujeto está consciente de que el objeto ha muerto, sin embargo, el mismo reaparece como vivo en sueños o fantasías; el segundo tipo consiste en que el objeto muerto reaparece en forma de un salvador en momentos de peligro para la persona; la tercera variedad es el objeto dañado o muerto pero que ejerce sobre él una persecución moral; por último, el objeto vivenciado como en descomposición, estado que se asemeja a las leyendas de zombies que mantienen el deseo de adquirir características del sujeto vivo (Baranger, 1961/1962).

Tomando en cuenta las variedades antes mencionadas es importante recalcar que para que el objeto adquiriera esta estructura una condición especial es que haya existido una relación simbiótica entre el yo y el objeto que se ha perdido, como es el caso del embarazo y la particularidad de la madre de considerar a su hijo como

parte de ella. En el caso de la depresión post-parto, se podría afirmar que la madre se encuentra en la incapacidad de procesar su duelo y el objeto queda atado a una condición en la que no puede ni vivir ni morir. La persona en proceso de duelo, se encuentra ligada a la idea de un objeto que no está ni vivo ni muerto, sin embargo, esta situación es evidente en el contexto analítico (Baranger, 1961/1962).

En los procesos depresivos, el objeto puede adquirir dos estructuras distintas, las cuales son ambivalentes. La primera consiste en el objeto muerto-vivo en el que se depositan fantasías sádicas para permitir el control de la angustia. El segundo es el objeto idealizado que sirve de refugio del yo en el que se depositaron las potencias y capacidades reparatorias frente al peligro de la muerte propia (Baranger, 1961/1962).

Según Freud (1917/1992), esta particularidad del objeto, de estar en la incapacidad de vivir o morir surge del punto de vista del yo quien ha tenido varias renunciaciones o pérdidas parciales anteriores y también se encuentra conectado con el hecho de que el yo deposita en el objeto ciertas idealizaciones, lo que podría significar que lo que ha muerto es el objeto, pero no la idea que tiene el yo del mismo (Baranger, 1961/1962).

Como se ha mencionado anteriormente, una de las posibles causas del desarrollo de la Depresión post-parto, surge de la imposibilidad de los padres de alcanzar el “ideal de hijo” que plantearon durante el embarazo o previo al mismo por situaciones como patologías, sexo del bebé, apariencia física, etc. Esto posiciona al bebé en la segunda variedad del objeto muerto-vivo en procesos depresivos, ya que en él están depositadas todas las capacidades y características deseadas. Sin embargo, el objeto que se encuentra en la realidad efectiva, no concuerda con la idea que tiene la madre del mismo, por esta razón adquiere esta estructura al estar vivo y muerto a medias, vivo porque existe un bebé, muerto porque el bebé que existe no es aquel que la madre idealizó, y la madre atravesando este cuadro depresivo no está en capacidad de dejar morir a la idea del niño antes de nacer.

2.4 La depresión post-parto y la relación madre-hijo

La relación madre-hijo empieza con el deseo de esa mujer de concebir a un nuevo ser, este deseo encuentra sus raíces en enseñanzas culturales, herencia familiar, exigencias sociales, entre otras. Sin embargo, la relación que se teje tras el parto entre la madre y su nuevo hijo sigue pautas de la relación que tuvo esta mujer con su propia madre. De esta relación se establecieron las características ideales que debe poseer la maternidad (Serrano, 2007).

Spitz (1983), menciona que el lactante, carece de los medios necesarios para sobrevivir sin los cuidados de su madre, teorización paralela a lo que plantea Winnicott en torno a la madre suficientemente buena. La presencia de ella, y actividades de cierto modo insignificantes generan una respuesta en el bebé, y todo lo que la madre realiza en función del cuidado de su nuevo hijo influye en el desarrollo de la personalidad y de otros aspectos de la vida del bebé. Esta diada, logra aislar a la criatura del medio, ya que todas las experiencias e influencias que recibe, estarán siempre, mediadas por la madre (Spitz, 1983). La relación conformada en la diada madre-hijo, posee una vida anterior al parto, ya que durante el embarazo, la madre deposita en el bebé que está esperando, las expectativas que tiene en cuanto a la maternidad e incluso las ideas que tiene sobre el cuidado del bebé y como es él, formando un ideal tanto de madre como de hijo (Winnicott, 1970/1998).

La relación madre-hijo es crucial en los primeros meses de vida para el desarrollo emocional ya que el bebé depende absolutamente de la relación con la madre. Esta relación va más allá de la dependencia física y de la necesidad de satisfacción de necesidades básicas. Lo más importante de esta relación es la transmisión del deseo de la madre por su hijo, ubicándolo como objeto de deseo, de otra manera el hijo sentirá un profundo rechazo (Arias, 2014), cuadro posible en presencia de la depresión post-parto.

A pesar de que la relación madre-hijo resulta simbiótica en el principio, los dos componentes conforman un sistema cerrado asimétrico. Es importante mencionar que la madre es una entidad totalmente diferenciada del niño, aunque este la considere como parte de él, debido al estado de omnipotencia en el que se encuentra en las primeras etapas. Al ser un sistema cerrado, ambos componentes contribuyen a la formación del mismo y también “se proporcionan mutuamente lo que necesitan” (Garzón, 2011, pág. 12). Esta relación establecida representa la diada más importante en la vida del bebé y para la formación de esta es indispensable la disposición de ambos.

La teoría winnicottiana se centra en la importancia de una relación madre-hijo positiva, enmarcada en el cumplimiento de las funciones maternas. Relación en la que es posible brindar al niño la satisfacción de sus necesidades pero también que provea un espacio de frustración para que al niño le sea posible conocer el mundo e insertarse en el principio de realidad de manera que no represente una amenaza para su vida. Esta relación, inicialmente simbiótica, es la que permitirá el devenir humano ya que el vínculo conformado entre la madre y su hijo brinda experiencias

estructurantes a nivel psíquico y permite la introducción del bebé a la sociedad (Garzón, 2011).

Es importante mencionar que la tarea de ser madre debe realizarse en un ambiente que le permita cumplir sus funciones; ambiente que provea a la madre seguridad, amor y aceptación por parte de la sociedad, pareja y familia. Tomando en cuenta los factores de riesgo para el desarrollo de una depresión post-parto, podemos ver que la falta de apoyo en este periodo puede ser un factor de vulnerabilidad para el desencadenamiento del mismo. En este caso, aquella madre que no encuentra aceptación en el medio inmediato y esté sujeta a la presencia del trastorno antes mencionado, puede encontrar grandes impedimentos en el desarrollo de sus funciones de madre suficientemente buena (Vizcaíno, 2016).

La capacidad para el desarrollo de las funciones maternas que comienza durante el periodo de preocupación maternal primaria, puede verse afectada por algunas razones como por ejemplo: intereses personales, los cuales la madre no se siente capaz de abandonar, preocupación permanente por algo, dejando al bebé en un plano de preocupaciones secundarias, o la presencia de ciertos trastornos (Garzón, 2011).

2.4.1 Madre

Cuando un niño está en la etapa de dependencia absoluta y necesita que su madre se ocupe de él, puede resultar increíblemente perturbador el comprobar que la madre se ocupa de alguna otra cosa, o de aspectos que pertenecen a su vida propia, en donde el niño se encuentra significativamente abandonado en esta situación. Aunque resulte sorprendente, los niños, aun siendo muy pequeños poseen la capacidad de percibir el estado de ánimo de los padres y en este caso, la madre al estar en un estado depresivo se encuentra orientada a la realización de otras actividades manteniéndose lejos del cuidado de su bebé (Winnicott, 1959/1971).

Ser madre, no es únicamente un acto biológico, es necesario asumir la función materna y poseer la capacidad de cumplirla introduciendo en su deseo a ese hijo que está esperando. La madre es la encargada de brindar al recién nacido, las condiciones adecuadas para la regulación de los estímulos que recibe del medio, evitando amenazas de aniquilamiento. Ayuda a aliviar la tensión generada por las necesidades propias del ser humano y por la imposibilidad del bebé de satisfacerlas por sus propios medios, convirtiéndose en esa madre-ambiente (Vizcaíno, 2016).

Muchas veces, lo que realiza la madre en función de su hijo, no lo hace a través de palabras sino más bien, con la forma en que lo sostiene, lo mira, lo cuida y aquellos sentimientos que le expresa y que son perceptibles para el niño. Aun cuando en el proceso de desarrollo la palabra es fundante, la madre transmite elementos importantes para este proceso de manera inconsciente y permite al bebé que experimente su existencia como verdadera (Vizcaíno, 2016).

Durante generaciones se ha mantenido la opinión de que la feminidad está ligada a funciones reproductivas, es decir la mujer posee “la necesidad de realizar sus instintos maternos” (Serrano, 2007, pág. 20). Sin embargo, en la actualidad, menciona Serrano (2007), citando a Marie Langer, las exigencias sociales han entorpecido la labor debido a que una mujer debe combinar sus responsabilidades en el hogar, trabajo, estudios, etc. Esto, podría ser un factor de riesgo, pero no de manera determinante, para el padecimiento de depresión post-parto, ya que la mujer estará inmersa en las constantes quejas en relación a las ocupaciones que tiene y a la falta de tiempo para desarrollar sus actividades como madre (Serrano, 2007).

Una buena identificación de la madre con el niño y una buena relación afectiva podría facilitar la superación de posibles frustraciones con la propia madre. Sin embargo, esta situación varía en cada caso y con la manera de cada mujer de desarrollar trastornos frente al embarazo y al parto las cuales están relacionadas con representaciones inconscientes (Serrano, 2007). Los momentos de angustia o conflictos que pueda vivir la madre en el periodo posterior al embarazo podrían representar factores desencadenantes de una depresión post-parto, al momento de realizar una conexión entre el suceso presente con la huella mnémica de algún trauma pasado, por ejemplo, en función de su relación con la madre. Es por esta razón que el periodo comprendido desde el embarazo hasta tiempo después del parto podría ayudar a resolver conflictos pasados o brindar complicaciones en el ejercicio de la maternidad. Al realizar una identificación con el conflicto pasado, es posible que la madre incurra en una conducta repetitiva con su propio hijo (Serrano, 2007).

A nivel inconsciente, se juegan varios elementos contenidos en las huellas mnémicas, que pueden desencadenar procesos repetitivos en función del parto, el embarazo y de la relación que tuvo la nueva madre con su propia madre; que de una u otra forma viene a ser representado por el bebé en gestación. Además los conflictos que tuvo con ella en esta etapa o frustraciones también están sujetos a procesos de identificación narcisistas construyendo así un ideal de hijo. Estos aspectos provocan que el proceso de maternidad sea muy importante en la vida de

la mujer, que a pesar de estar sujeto a angustias y conflictos, para esta madre representa una fuente importante de felicidad (Serrano, 2007).

Tomando la teoría winnicottiana, una madre suficientemente buena, es capaz de ser completamente devota al cuidado de su hijo teniendo como objetivo, proveerle lo necesario para su supervivencia y desarrollo físico, emocional, etc (Winnicott, 1966/1998). Las madres que se encuentran en estados o circunstancias excepcionales no podrán entregarse por completo a la experiencia del cuidado de su hijo y esto podría privar al bebé de la ilusión de omnipotencia ya que la falla en la satisfacción de sus necesidades se podrían convertir en propias, relegando al bebé a un estado de sumisión provocado por la incapacidad de identificar las necesidades del recién nacido (Garzón, 2011).

Se puede mencionar cómo es posible para la madre presentar miedos excesivos al momento de quedarse a solas al cuidado de su hijo, estos miedos evitarían el desarrollo de las actividades en función del crecimiento sano de su hijo. Empero, la presencia de miedos en límites normales, resultan positivos para el desarrollo, ya que permitiría a la madre frustrar o aplazar las necesidades del niño, lo cual es necesario para su introducción al principio de realidad (Winnicott, 1998).

Dentro de otros posibles síntomas del trastorno está la falta de interés en el bebé, lo cual evitaría tener una buena identificación con él y con sus necesidades. Este es el factor más importante para que se pueda constituir un quehacer materno que incluye el *holding*, *handling* y *object presenting*, lo cual provee un ambiente facilitador en función de un sano desarrollo psíquico. Este factor, constituye la base de sus funciones ya que mediante la identificación, para la madre es posible reconocer las necesidades de su hijo, cómo satisfacerlas y en qué momento hacerlo, ya que en la teoría winnicottiana, ella sabe exactamente lo que su hijo necesita. Si las funciones de la madre, están mediadas por un trastorno como puede ser la depresión post-parto, la identificación de ella con su hijo y con sus necesidades es posible que no se establezca, entorpeciendo así sus funciones como madre suficientemente buena (Winnicott, 1958/2013).

Por medio de la identificación la madre ha sido capaz de reconocer en qué momento su hijo necesita una u otra cosa, sin embargo, sin este elemento, y al ser ella quien presenta al bebé el mundo en pequeñas porciones, es posible que cometa errores al hacerlo; por ejemplo, presentando los objetos muy tarde o muy tempranamente, esto podría significar una importante irrupción en el espacio del infante lo cual desencadenará en un self falso ya que aún no posee los medios para emprender acciones defensivas para proteger su self verdadero. Cuando las necesidades son satisfechas tardíamente, el bebé pasa a relegar su deseo a un

plano más pasivo aniquilando su necesidad y sumiéndose al deseo de la madre por aquellas actividades personales que no ha sido capaz de abandonar (Winnicott, 1958/2013).

Al estar la madre en un proceso de duelo por una depresión post-parto, puede surgir aquí una condición que afecta directamente al infante conocido como “el complejo de la madre muerta” planteado por André Green en 1980. Este complejo determina la presencia o ausencia de lo que se conoce como depresión blanca, en el cual el objeto amado (madre) se encuentra absorbido por un duelo y al mismo tiempo en un estado depresivo. El duelo por el que podría estar atravesando la madre puede ser por varias razones (Green, 1980).

Los resultados de este estado podrían ser, que el interés que tiene la madre por su hijo y los cuidados que debe impartirle se ven disminuidos, y de una u otra manera la relación gestante entre ambos se ve bruscamente vaciada (Green, 1980). Este autor, no se refiere directamente a la muerte real de la madre, sino de una imago construida en el niño frente a una madre depresiva. La consecuencia de esta depresión materna transformará el objeto vivo en una figura lejana, casi inanimada significando de esta manera que se encuentra muerta a los ojos de su pequeño hijo (Green, 1980).

2.4.2 Hijo

Al ser una relación dual, siempre existirá el lado de la madre y el del hijo y en este apartado se tomará en cuenta aquellos efectos en la vida del infante frente a un cuadro depresivo en su madre. Es importante mencionar que el momento del parto, representa una separación importante en la vida del niño porque atraviesa constantes amenazas de aniquilamiento y desintegración y esto remite a las primeras vivencias de pérdida y angustia en el niño, en esta caso podrían estar la angustia que presenta al tener que introducir por primera vez aire en los pulmones, o tener que demandar alimento, cosa contraria a lo que sucedía en el periodo de gestación. Por otro lado el niño puede presentarse de una manera brusca frente al mundo, sin haber desarrollado recursos propios para lo mismo. Es por esta razón que la madre es importante para brindar el sostén necesario (Zelaya, 2003).

Aun así, plantea que la entrada al mundo por parte del bebé representa una angustia anclada a las posibles amenazas de aniquilamiento que puede vivir en este momento, amenazas que se traducen en la vida del bebé como el riesgo de dejar de existir (morir), por esta razón es necesario poner en marcha procesos como respirar, alimentarse, etc., para poder sobrevivir. La angustia que el niño vive

durante este proceso queda en el inconsciente como una huella mnémica, sirviendo de modelo de cómo se vivirán las situaciones angustiosas a lo largo de la vida (Winnicott, 1949/1999).

Tras el nacimiento, la madre es la encargada de su hijo, de ayudarlo a comprender sus sensaciones o necesidades y a expresar en palabras lo que el niño aún no puede hacer. Estas actitudes permitirían al bebé sentirse deseado y acogido por su madre. Sin embargo, el quehacer materno puede ser entorpecido por la presencia de trastornos, en este caso la depresión post-parto y el niño puede enfrentarse a un deficiente quehacer materno que genere situaciones amenazantes para su self.

Debido a la etapa de dependencia absoluta en la que se encuentra el niño tras el parto, la madre constituye el factor más importante e imprescindible para la satisfacción de sus necesidades. En este momento, el bebé desconoce la falta y la realidad. Sin embargo posteriormente esto se torna en lo contrario, empero, es necesario que en un inicio el bebé no sepa de la realidad. No se puede evitar hablar de la madre al hablar del recién nacido, la teoría winnicottiana hace referencia a la relevancia de la dependencia del niño en las primeras etapas. Es decir que él no existe sin la madre y sin el ambiente que ella le provee, de esta manera, la madre pasa de ser únicamente la que propicia sus cuidados a ser denominada como madre-ambiente (Garzón, 2011).

Si la actitud materna no es lo bastante buena, el niño se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques, y el verdadero self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso self que se somete a los golpes del mundo y en general trata de evitarlos (Winnicott, 1960, pág. 2).

De esta manera, si la madre no posee las características de suficientemente buena, el bebé puede presentar cuadros depresivos y posteriormente, en la etapa adolescente incurrir en actitudes antisociales con el fin de encontrar a una madre suficientemente buena que haga las veces de la propia a manera de compensación (Winnicott, 1960).

Si la maternidad está mediada por trastornos como la depresión post-parto, el bebé y la madre no podrán establecer una relación espontánea y esto imposibilitará al recién nacido adquirir los medios necesarios para enfrentarse al mundo de una manera segura. Al ser totalmente dependientes son propensos a ser afectados por cualquier circunstancia inmediata y estas circunstancias construyen patrones de comportamiento y de relación que se mantendrán durante el resto de la vida (Vizcaíno, 2016). Cuando la madre no puede expresar ese deseo de hijo, el niño mantendrá esto como parte de su vida y será un factor importante en el desarrollo

de su personalidad. “El niño debe sentirse amado, debe darse cuenta que quien lo cuida puede estar triste de vez en cuando, puede estar enojado, cansado y ello no cambia el amor que los padres sienten por él” (Vizcaíno, 2016, pág. 29).

Si la madre no ha podido brindar a su hijo un ambiente seguro en el que se satisfagan sus necesidades en el momento y de la manera correcta, proveerá al infante un estado de desconfianza en función del medio y de la madre. Esta se mantendrá por el resto de la vida ya que todas las relaciones de los seres humanos están basadas en las pautas con los cuidadores en los primeros instantes de la vida (Vizcaíno, 2016). En la satisfacción de necesidades el bebé atraviesa un momento de tensión previa y quien es capaz de permitir regresar al niño a un estado de tranquilidad y a un ambiente seguro es su madre. En la deficiencia de su función, el niño será incapaz de volver al estado deseado y podría experimentar amenazas de aniquilamiento; “si las cosas fracasan o no se las repara rápidamente, el bebé quedará permanentemente afectado, su desarrollo se desviará y la comunicación habrá sufrido un colapso” (Winnicott, 1998, pág. 131).

La madre que atraviesa un trastorno no está en capacidad de brindar el sostén físico y emocional necesario y esto puede producir en el bebé una ansiedad inconcebible, y dentro de lo que el niño siente durante esa ansiedad está partirse en pedazos, caída interminable, aislamiento completo, ya que no es posible para él comunicarse, y una separación entre psique y soma, siendo estos los frutos de haber estado desprovisto de un ambiente suficientemente bueno o por la falta de reparación de una falla en el mismo (Winnicott, 1998). Esto se convierte en un modo de vida, ya que el niño ha atravesado un momento en el que las fallas en el quehacer materno no han sido reparadas “y el niño deberá dedicar su vida a provocar condiciones en las que las fallas vuelvan a ser reparadas” (Winnicott, 1998, pág. 130), es decir, el niño propiciará momentos en los que se puedan corregir las fallas iniciales a modo de compensación de lo inicialmente vivido por medio del replegamiento o las regresiones.

Son los padres (madre y posteriormente padre) quienes representan la realidad en la vida del niño. Son ellos quienes le transmiten las normas, lo que es permitido y lo que no, le presentan el mundo en porciones aceptables, en donde la madre ha sido capaz de medir qué tanto de esa realidad soporta su hijo sin que represente una amenaza para él, sin embargo el reconocimiento de las capacidades del niño está mediado por la identificación de la madre con su hijo (León, 2013).

Cuando una madre presenta un trastorno no está en condiciones de brindarle esta acogida o identificación de capacidades y el niño no encuentra los recursos necesarios para desarrollar su yo ya que pudo haberse presentado una importante

amenaza de aniquilamiento. Por otro lado, tampoco ha tenido quien le brinde una guía de introducción a la cultura y el establecimiento de reglas y normas para vivir en la misma. En la teoría de Winnicott, quien encarna la ley, sería el padre, sin embargo el desarrollo de la función paterna está mediada por la madre, si existe una deficiencia en las funciones de una madre suficientemente buena, el padre no ingresará a la diada para representar la ley (León, 2013).

En el adulto, aparece el dolor con la pérdida real de una persona, sin embargo, lo que ayudaría a este sujeto a sobrellevar este dolor es haber establecido, en sus primeros años de vida un buen quehacer impartido por su madre, dentro de sí, como base fundamental para enfrentar el dolor que acarrea la pérdida (Donzino, 2006). En el caso de tener una madre que atraviesa un trastorno, no es posible este establecimiento, por lo que el enfrentamiento a un duelo en años posteriores, se verá perjudicado por esto.

Al tener una madre que posee algún tipo de trastorno como la depresión Postparto, el niño podría atravesar por un equivalente al duelo en el adulto, pero por su madurez yoica no puede ser considerado de la misma manera. Sin embargo, este cuadro podría comprometer fundamentalmente al cuerpo del niño y expresar el conflicto en síntomas físicos como: desaparición brusca de adquisiciones de desarrollo, retracción autoerótica, trastornos del sueño, manifestaciones de ansiedad, distracciones, entre otras (Donzino, 2006).

Finalmente, es necesario retomar la teorización de la depresión blanca que parte del complejo de la madre muerta. La madre en este estado ha desinvertido a su hijo y esto significa una catástrofe para el bebé (Green, 1980). Al hablar de esta condición se refiere a que el bebé, al poseer una madre que atraviesa un estado depresivo, ha luchado contra la angustia que le genera el desamparo materno y en donde se han suscitado momentos de agitación o de insomnio que le han obligado a desinvertir libidinalmente a su madre, lo que provoca un agujero psíquico y la imposibilidad de establecer una relación madre-hijo (Green, 1980), que el niño se ve obligado a renunciar a este objeto que se posiciona como una madre presente-ausente. Esta condición depresiva de la madre, deviene en una depresión blanca en el niño, en la cual podría ser evidente el dolor, inquietud, abatimientos, entre otros. Años más adelante esto podría desencadenar ciertos fracasos profesionales o amorosos, insatisfacción frente a la vida, imposibilidad para establecer relaciones, enfermedades somáticas o posiblemente en un síntoma depresivo (Donzino, 2006).

TERCER CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO

Para desarrollar el análisis y presentar los hallazgos que surgieron de las entrevistas que se realizaron para la recolección de información, es importante mencionar que el presente estudio no pretende arrojar datos estadísticos o generalizados. Al contrario se busca encontrar similitudes y diferencias en el discurso de las madres participantes en la investigación seleccionando los temas relevantes en función de los objetivos planteados para esta disertación. Se ha pretendido considerar aspectos que se encuentran constantemente en los tres casos analizados. Es importante mencionar que a lo largo del análisis se consideraron categorías relevantes para la temática y aquellas que no fueron pensadas al inicio del estudio pero resultan importantes en el análisis del discurso de las madres.

3.1 Participantes

En un inicio, las participantes de la presente investigación fueron escogidas con la técnica de selección de muestra por conveniencia, ya que se consideraron casos a los que se tenía acceso y se incluyó el muestreo en cadena o por redes (“bola de nieve”) ya que se identificó un contacto clave y se pidió referencias sobre posibles participantes para el estudio (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista, 2006). Por esta razón, es importante mencionar que la población participante no forma parte de una institución determinada. La característica específica que determinaba la participación en el estudio es el diagnóstico psiquiátrico-psicológico previo de depresión post-parto y que las madres participantes hayan superado dicho trastorno para que la investigación no represente una situación de riesgo para su salud mental o la salud de sus hijos. A continuación se detallan los criterios tomados en cuenta para la inclusión y exclusión de participantes.

Tabla 1: Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Diagnóstico previo de depresión post-parto. Haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico o ambos para salir del trastorno. Encontrarse actualmente estables con	Madres que actualmente se encuentren inestables debido al trastorno. Mujeres menores de edad. Mujeres que no hayan recibido el tratamiento necesario durante el trastorno.

respecto al trastorno. Mujeres mayores de edad. Firmar el consentimiento informado y aceptar que se realice grabaciones de voz de las entrevistas semanales.	
--	--

Por otro lado, es importante mencionar que a pesar del objetivo general del estudio, de determinar las características de la relación madre-hijo, dentro del contacto con las participantes no se realizó aproximaciones a sus hijos con el objetivo de respetar los criterios éticos de participación de menores de edad en investigaciones. Aun así, se buscó establecer los efectos en sus hijos o reacciones frente al trastorno y a la relación con sus madres desde el discurso e información brindada por cada una de ellas.

Adicionalmente, es necesario acotar que las edades de los hijos de las participantes son diferentes, lo que podría abrir un espacio de discusión para otras investigaciones sobre el efecto del trastorno una vez finalizada la infancia y el periodo de establecimiento del psiquismo. A continuación se detalla las características de las madres y sus hijos, además de la situación en la que fue realizado el diagnóstico del trastorno y el tratamiento que recibieron considerando la información brindada por las participantes a lo largo de las entrevistas.

Tabla 2: Características de la población

Nombre	Edad	Estado civil	Edad de su hijo	Proceso diagnóstico	Tipo de tratamiento
N1	24 años	Divorciada	7 años	La participante refiere la presencia de síntomas días después de dar a luz, pero al ser menor de edad recalca que la situación diagnóstica y manejo médico de su estado fueron realizados por su madre (N1, 2017).	Psicológico Y Farmacológico
N2	32 años	Casada	13 años	La participante refiere que al momento de identificar el trastorno considera que	Psicológico Y Farmacológico

				no se encontraba en un estado óptimo de consciencia para su manejo, por esta razón fue su madre la responsable de recibir direcciones e indicaciones médicas (N2, 2017).	(hospitalización)
N3	26 años	Soltera	1 año	La participante refiere presentar sintomatología días luego del parto que se fueron agravando hasta los 3 meses de edad de su bebé, por lo cual pidió apoyo a su madre para buscar ayuda profesional (N3, 2017).	Psicológico Y Farmacológico

3.2 Procedimiento

Debido al tipo de estudio y su pretensión de arrojar datos no estadísticos y lograr considerar las particularidades de cada caso, la población participante está constituida por tres madres que cumplían los criterios de inclusión antes mencionados. El procedimiento a seguir para iniciar con la investigación, constituyó en contactar a las tres personas para realizar la explicación de los objetivos del estudio y en qué consistía su participación. Fue importante mencionar a las participantes que los datos brindados en las entrevistas serían tratados de manera confidencial, por esta razón sus nombres fueron reemplazados por N1, N2 y N3, además de que los nombres reales de sus hijos y de otras personas presentes en sus relatos fueron reemplazados. Finalmente, las tres madres firmaron el consentimiento informado para la participación en esta investigación, el cual fue presentado en un documento impreso que fue leído con detenimiento por cada una de ellas. Dicho documento explicaba en qué consistiría la participación en el estudio, además de aclarar que la misma tiene fines únicamente académicos.

Una vez firmado el documento se realizó tres entrevistas con cada una de las participantes en torno a temáticas relacionadas con el contenido de esta disertación. Las entrevistas fueron realizadas una cada semana y las mismas tenían una duración de 45 a 60 minutos cada una. Para poder hacer revisión de los

contendidos de cada una de las sesiones, fue necesario el uso de una grabadora (de voz únicamente) para registrar los diálogos mantenidos y facilitar el análisis de los mismos pretendiendo no omitir detalles que resulten relevantes para el cumplimiento del objetivo de la investigación. Para que esto pueda ser realizado, las participantes recibieron información sobre la necesidad de realizar dichas grabaciones.

3.3 Técnicas

La entrevista en profundidad puede definirse como una técnica social que pone en contacto cara a cara al entrevistado con el investigador, las respuestas brindadas por el entrevistado arrojarán siempre su punto de vista y harán referencia a sus significados, valoraciones, interpretaciones o a su propia verdad (Gaínza, 2006). Dicha técnica constituye un juego de lenguaje de preguntas abiertas orientadas a la obtención de información y los datos recogidos en este tipo de entrevista son de carácter cualitativo (Gaínza, 2006). De esta manera se sostiene que la presente investigación no busca arrojar datos estadísticos o generalizados a toda la población, además de que permitirá realizar un análisis de las particularidades de cada uno de los casos presentados. La profundidad de las entrevistas y la cantidad de información que arrojarían permitió establecer desde un inicio que el número de sesiones suficientes serían tres para recabar la información necesaria en torno a las temáticas relacionadas con la temática central.

La principal característica de este tipo de entrevista es la apertura y flexibilidad, esto asegura que la respuesta brindada por los sujetos entrevistados sea elaborada en sus propios términos sin quitar al entrevistador la posibilidad de formular las preguntas que crea conveniente. Las preguntas realizadas en este proceso fueron planteadas de manera gradual desde niveles de mayor superficialidad a aquellas de mayor profundidad (Gaínza, 2006). Sin embargo, las participantes tuvieron la libertad de no responderlas en caso de haberlas considerado imprudentes o de tener razones personales para no hacerlo.

Al igual que otros espacios en los que se busca recoger información proveniente de un participante, es importante, antes de iniciar el proceso, abrir un espacio en el que se establezca el *rapport*. Esto es necesario para que las resistencias del sujeto bajen y la información brindada sea completa y sin sesgos importantes que podrían alterar los resultados. El establecimiento del *rapport* y de una relación amistosa entre entrevistado y entrevistador podría significar un incentivo que motive el interés

y la participación espontánea por parte de las personas que están siendo entrevistadas (Gaínza, 2006).

Las entrevistas se realizaron por medio de un intercambio de preguntas y respuestas en donde el investigador es el propio instrumento de la investigación (Gaínza, 2006), que no está necesariamente apoyado en un protocolo o cuestionario. La flexibilidad de esta entrevista permite que el investigador lleve a la misma una serie de temáticas que le interesaría tratar con respecto al tema global que está investigando y proceder de manera relajada al estilo de una conversación. Finalmente, al ser una entrevista que permitió abordar una serie de temáticas, se podría decir que la misma está enmarcada en las entrevistas conversacionales informales en donde las preguntas surgen del contexto de manera natural y las también de la respuesta brindada anteriormente por el participante intentando que el proceso no se convierta en un interrogatorio (Gaínza, 2006).

A continuación se detalla las temáticas que guiaron las entrevistas realizadas, a pesar de tomar en cuenta la flexibilidad y la posibilidad de formular preguntas o plantear temas diferentes en cada uno de los casos, se pretendió guiarlas dentro de estas categorías para obtener de cada una de ellas, respuestas orientadas a los mismos contenidos para poder realizar el análisis de sus discursos y establecer puntos de comparación.

3.3.1 Instrumento

El instrumento utilizado es la historia de vida obtenida por medio de entrevistas en profundidad enfocada únicamente a la temática central de la investigación y temas adyacentes importantes relacionados con la misma. Se ha escogido este instrumento debido a que es utilizado en las investigaciones cualitativas y el mismo constituye en recolectar datos en torno a la vida o a un tema central, la misma que puede ser realizada de forma individual, grupal o familiar. La información se obtiene por medio de varias entrevistas pidiendo a los sujetos relatar los sucesos de manera cronológica (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista, 2006), esta herramienta permite al investigador recolectar una gran cantidad de información. Las temáticas que se intentó abordar en las entrevistas fueron:

- Embarazo
- Situación emocional de la madre durante el embarazo
- Parto
- Situación emocional de la madre posterior al parto
- Desarrollo de funciones de cuidado con respecto al niño

- Sentimientos frente al niño
- Sentimientos frente a la relación actual con el niño
- Reacciones del niño frente a la actitud de la madre
- Relaciones con el entorno social y familiar, antes durante y después del embarazo
- Planes personales establecidos antes del embarazo
- Ideas concebidas sobre la maternidad o el embarazo

3.4 Análisis de contenido

De las entrevistas sostenidas con las tres madres se ha podido encontrar elementos a analizar que aparecen constantemente, con sus particularidades y características individuales. Sin embargo, para el análisis se ha propuesto tomar en cuenta aquellas temáticas que se presentan repetidamente en los tres casos para hacer un acercamiento global a las características en común de las historias de cada una de las participantes, empero, se pretende respetar las particularidades de los relatos de las tres madres y de aquellos detalles encontrados en sus discursos.

Para el análisis global de contenido se ha decidido tomar en cuenta las siguientes temáticas ya que son aquellas a las que las tres madres han hecho alusión en algún momento de las entrevistas. El análisis de los sucesos globales será realizado en orden de aparición en la vida de las madres desarrollándose en las siguientes categorías: Embarazo, parto y maternidad; Relaciones de la madre con su entorno antes, durante y después del embarazo y Actitudes de la madre y del padre relacionadas con sus hijos. A continuación se realiza un breve resumen de lo analizado en cada una de las categorías.

• Embarazo, parto y maternidad

En esta categoría se analizarán los discursos de las tres madres en torno a la planificación del embarazo, sobre el apoyo brindado por parte de sus parejas una vez recibida la noticia, el deseo que tenían por aquel hijo que estaban esperando y las ideas preconcebidas sobre la maternidad. Esto estará directamente relacionado con los preparativos que realizaron durante este periodo para la llegada del bebé. Además, en esta categoría también se buscará analizar las reacciones personales de cada una de ellas frente al embarazo y los cambios que en su vida, cuerpo y emociones implicaron. Posterior a estas etapas del embarazo y analizando los aspectos mencionados, se procederá a analizar el parto, las circunstancias en las

que se presentó y finalmente las condiciones que llevaron a las madres a ser diagnosticadas con depresión post parto.

- **Relaciones de la madre con su entorno antes, durante y después del embarazo**

Las relaciones que sostiene la madre durante el embarazo y una vez que da a luz, son de suma importancia para que ella pueda realizar sus funciones como madre de una manera óptima (Winnicott, 1966). Por esta razón es importante realizar un recuento de aquellas relaciones que sostenía la madre en el tiempo anterior, durante y posterior al embarazo en las que se incluirá la relación con el padre de los bebés que estaban esperando y el apoyo que recibían de su parte con respecto al embarazo.

Al no ser solo importante la relación con el padre del bebé, se tomará en cuenta las relaciones con el entorno como por ejemplo con sus padres, amigos o hermanos, ya que muchas veces ellos, o familiares cercanos representan un apoyo importante en el periodo de embarazo o quizá también en momentos posteriores. Y finalmente se analizará la manera en la que transcurría la relación de pareja una vez que el bebé nació.

- **Actitudes de la madre y del padre relacionadas con sus hijos**

El bebé una vez que nace se encuentra en un estado de total dependencia a su madre debido a la incapacidad para satisfacer sus necesidades de manera autónoma (Winnicott, 1961). Al mencionar esto, se entiende que la madre debería estar en las condiciones adecuadas para poder desarrollar dichas actividades, además, es importante mencionar a las personas directamente relacionadas con el bebé ya que desarrollan papeles significativos en su cuidado y brindan estabilidad a la madre. Al ser un tema recurrente en los casos y al considerarlos aspectos que podrían afectar de manera directa al niño y la relación que sostienen con sus madres, se realiza un análisis de la actitud del padre frente al bebé. Esto podría ejercer influencias importantes en el desarrollo de los cuidados que brinda la madre a su bebé, de esta manera se analizará cómo la madre desarrolla sus funciones tomando en cuenta la calidad de la relación de pareja que sostenían. Es importante mencionar esta temática ya que dentro de la teoría winnicottiana se establece que la existencia de un padre suficientemente bueno (León, 2013), es de suma importancia para que la madre pueda desarrollar sus funciones.

Como parte fundamental del cuidado materno tenemos la identificación y la satisfacción de las necesidades de los bebés, esta categoría pretende realizar un recorrido sobre las historias contadas por las tres madres tomando en cuenta cómo organizaron su vida para desarrollar su función materna atravesando por un cuadro de depresión post-parto, a partir de esto se podrá visualizar como se fueron tejiendo las relaciones madre-hijo influenciadas por la presencia del trastorno y las actitudes llamativas en los bebés con una madre depresiva.

- **Embarazo, parto y maternidad**

Ser madre, no representa únicamente un acto biológico, para desarrollar esta función es necesario asumir las tareas y desarrollar la capacidad de cumplirlas, iniciando con la introducción de los hijos que están esperando en el deseo de las madres. Esto da la pauta de que una vez que el niño haya nacido su madre estará en las condiciones necesarias para acoplarse a sus constantes necesidades (Vizcaíno, 2016). Es por esto, que se podría afirmar que el desarrollo de las funciones de madre suficientemente buena, estarían condicionadas por el padecimiento de la preocupación maternal primaria desarrollada en los meses anteriores al parto.

Como explica Winnicott (1956/1999), la preocupación maternal primaria es un estado casi psicótico por el que atraviesa la madre meses antes a dar a luz lo que le permitirá desarrollar las capacidades para cumplir sus funciones, disponiendo su vida al cuidado de su niño y a la identificación de sus necesidades. Sin embargo, no se puede dejar de lado las relaciones amorosas que afectarían de manera directa al deseo de la madre por concebir un niño, o las condiciones en las que se presenta un embarazo. De esta manera se ha podido reconocer en pequeños extractos de las entrevistas con las madres, inicialmente cómo fue el momento de recibir la noticia de un embarazo, cómo el apoyo de la pareja al momento de su embarazo fue un factor importante para que cada una de ellas pueda introducir a su hijo en su deseo, desarrollando así fantasías sobre la maternidad o realizando preparativos para la llegada del nuevo bebé. Además de que este proceso está directamente relacionado con la capacidad de los padres de proyectar en ese niño aquellos ideales que poseen con respecto a su yo (Baranger, 1961/1962).

Tabla 3: Cuadro de extractos de entrevistas 1de la Categoría 1*

N1	<p>“[...] algunas veces pensé en abortar la verdad, porque este man decía como que sí, vas a tener un hijo verás, nos casamos, y su familia era cualquier cosa. Entonces de tanto de que mi mamá me decía que no que igual le tengo que tener, que igual es mi hijo, que lalala, entonces le tuve y yo pienso que eso fue horrible, porque mi embarazo no fue mágico, como que ay el papá, que esté aquí conmigo, que vamos a los controles y así, todo era un despecho total y yo le odiaba a este man con la vida, no le podía ver ni en pintura, pero él siempre estaba ahí que no, que los controles que no sé qué, [...]” (N1, 2017, pág. 1).</p>
N2	<p>“O sea fue como un balde de agua fría, yo no lo esperaba pero pasó porque la verdad yo nunca me cuidé con él, no es que nos cuidábamos y cuando yo me enteré o sea me puse a llorar, él me abrazó y me dijo que él sí quería tenerle, incluso se puso feliz y dijo no, no importa yo le quiero tener, [...]” (N2, 2017, pág. 1).</p> <p>“[...] yo me acuerdo que unos meses antes cuando yo aún pensaba que no quería tenerle, yo le dije eso al papá de mi hija y entonces él cogió un dinero que le habían prestado y me dio y me dijo si quieres hacerte el aborto hazlo, pero yo no estoy de acuerdo y si tú te vas a hacer eso yo no te voy a acompañar, te vas sola, en ese momento yo le dije que no que por qué que la bebé es de los dos y todo pero él me respondió que no, que o sea que él no quiere que haga eso y si es que Ud., quiere hacerlo, entonces ya hágalo usted sola, entonces ahí los dos decidimos que no que mejor si le íbamos a tener, [...]” (N2, 2017, pág. 4).</p>
N3	<p>“Verás, primero no me bajaba ya un mes, de enero a febrero y en marzo me hice una prueba de embarazo de sangre y ahí me salió positivo, y yo al papá de mi hija le dije, o sea le mandé una foto de los resultados, él vino a mi casa y o sea teníamos justamente una semana para pensar qué hacer porque también había la posibilidad de no tenerle, [...]. Pasado esta semana o sea ya nos vimos y él me dijo que si es que yo no quiero tener a la bebé que o sea solo le tenga en la panza y que después él le cuida, ahí ese rato yo le dije que no que yo no le dije eso, que yo si le quiero tener a la bebé, pero que si él decide irse que no hay problema pero que me avise. En ese rato ya decidimos que si le íbamos a tener porque no nos conocíamos casi nada pero estábamos full enamorados entonces ya así fue como que decidimos tenerle” (N3, 2017, pág. 1).</p> <p>“Bueno, yo antes de quedarme embarazada, primero, mis planes jamás fueron tener un bebé, me encantaban los niños pero nunca de una manera tan cómo para tener un hijo, o sea siempre me gustaba cuidarles full a mis primas y cosas así, pero en un hijo yo no pensé la verdad y bueno entonces yo antes de enterarme que estaba embarazada, mis planes eran más bien, irme del país, o sea yo quería irme de viaje, terminar de urgencia la universidad y largarme, mi plan era viajar por todo lado que pudiera, o sea salirme de aquí, irme a estudiar alguna cosa o irme solamente de mochilera por cualquier lado, porque me encanta viajar, entonces ese era uno de mis planes y</p>

* Todos los extractos de entrevista citados en el presente documento son tomados de las transcripciones textuales de las entrevistas sostenidas con las participantes no sujetas a procesos de parafraseo o alteración del discurso dado.

	también seguir una cosa de la danza porque me gusta bastante la psicología pero lo que más más me gusta es el baile, entonces sí fue como que se me trabó también full cosas, porque ya después me enteré de que estaba embarazada, más bien dije, ya no, me tocó quedarme aquí todo el tiempo ya no voy a poder viajar porque ya somos dos, tengo que pensar en mi hija, no solamente en mí" (N3, 2017, pág. 1).
--	---

Estas citas, muestran como en la vida de las tres madres, el bebé que estaban esperando no fue planificado, sin embargo, el discurso demostró que la pareja de cada una de ellas apoyaba la idea de tener el niño antes que acudir a interrumpir el embarazo. Aun así este no necesariamente sería un factor determinante para que las madres sientan deseo de tener ese hijo, como fue el caso de N1 que mencionaba que:

[...] cuando me hacían la ecografía y me decían mire ahí está su hijo, la nariz, las manos y para mí era como que mmm ya está ahí, en ese tiempo mis amigos me iban a ver y yo me iba a farrear, yo nunca llegué aceptar que estuve embarazada (N1, 2017, p. 3).

Esta situación habla del deseo inexistente que la madre tenía de mantener el embarazo, que en este caso podría estar relacionado con la falta de un vínculo amoroso entre N1 y el padre de su bebé como se ve de manera evidente en el caso de las otras dos participantes. Debido a esta diferencia se puede ver como esta reacción no fue constante en las tres madres, dos de ellas, N2 y N3, una vez que tomaron con sus parejas la decisión de tener a sus bebés, el deseo de ellas iba creciendo conforme el tiempo pasaba ya que ellas afirmaron:

Tabla 4: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 1

N2	"O sea o sea me emocionaba y si estaba igual feliz porque mi nena se movía full en la barriga, empezó a crecer bastante, por ejemplo en el mes siete el papá le sabía poner una cajita musical y mi hija se movía así bastante, mi estómago parecía como que mi hija estaba bailando en el vientre, [...]" (N2, 2017, pág. 2).
N3	"[...], tenía ese concepto como sí va a ser difícil pero va a ser hermoso o sea que va a ser perfecto" (N3, 2017, pág. 6).

De esta manera se puede ver cómo estas madres lograron insertar a su hijo en su deseo y de esto se derivaron planes y preparativos antes del parto. Esto es importante ya que la relación madre-hijo en realidad comienza antes de que el niño nazca, ya que durante el embarazo la madre ya deposita en su bebé las expectativas que tiene sobre ser madre o aquellas ideas sobre su cuidado, además de que todas estas ideas y planes que realizan para el momento esperado dan

cuenta de su deseo y de la disposición a realizar aquellas funciones que le permitirán ser madre suficientemente buena (Garzón, 2011).

Es importante mencionar que el deseo de hijo que se desarrolla a lo largo de la vida, tiene su origen en el complejo de Edipo de la niña. En esta circunstancia la niña fue obligada a abandonar sus deseos por el padre por la creencia del castigo por su deseo al ser desprovista del pene. Esto la llevaría a reemplazar su deseo por el padre por un deseo de hijo, lo que equivale a hijo=pene, lo que representa para ella la posibilidad de obtener un hijo del padre (Freud, 1905/1990; Freud, 1925/1990).

El que la madre se disponga a comprar ropa, cuna u otros accesorios de uso básico de su hijo daría cuenta del deseo y del hecho de que la misma se encuentra a la espera de ese nacimiento (Arias, 2014; Garzón, 2011; Vizcaíno, 2016), ya que su próximo bebé despierta en ella aquella preocupación maternal primaria. Sin embargo, existirán casos en los que la madre no pueda abandonar sus intereses personales o relegue las necesidades del bebé a un segundo plano, como es el caso de N1 que mencionó haciendo una comparación con el segundo de sus hijos:

[...] con el primero era como, suponte yo no tenía hambre, yo no quería comer, o sea las pastillas y esas cosas tenía que tomarme porque mi mamá era ya te tomaste eso, ya hiciste esto, ya hiciste eso, ya hiciste el otro. En cambio con el segundo fue que las vitaminas, es que las frutas, es que el antojo y así, fue muy distinto, o sea incluso hasta para salir a comprarle las cosas; yo tenía ganas de hacerlo ¿me entiendes? Yo salía y decía esto me gusta, vamos a hacer así, el coche, con el primero no, no fue así, fue incluso este man del papá de él, me sabía decir vamos a comprar algo o me iba a ver y yo era así como que chu. Yo fui a comprar la cuna de mi hijo ya porque mi mami era como que ya que le compre, o sea yo di a luz, al siguiente día me dieron el alta y al otro día me fui a comprar la cuna. (N1, 2017, pág. 3)

En este caso y uniendo con el punto anterior se puede ver como el deseo de madre estuvo de alguna manera relacionado con los preparativos de la llegada del su hijo. Se evidencia como la madre no logró poner en primer plano las necesidades del bebé y anteponiendo sus intereses o necesidades propias más no las del infante. Esto da pie a que las funciones que realizará la madre podrían no estar enmarcadas en una característica de suficientemente buena ya que la madre decidió relegar este tipo de actividades (Garzón, 2011), como la compra de la cuna hasta un punto en el que fue realmente necesario porque el niño ya estaba presente.

En contraste con esto, está el caso de las otras dos madres quienes tras la noticia del embarazo y de tomar la decisión de tener a sus bebés pudieron realizar los preparativos para el nacimiento, cuidaban su embarazo con controles constantes y suplementos vitamínicos ya que ambas mencionaron:

Tabla 5: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 1

N2	“fue bonito porque su papá y yo decidimos el nombre. [...], cuando nos enteramos que era una niña igual organizamos el baby shower, fue algo normal, [...]. Entonces sí fue algo bonito que yo también me sentía bien, yo le sentía, yo le quería” (N2, 2017, pág. 3).
N3	“Claro, yo iba a los controles todos los meses y en el embarazo tomé la mitad unas vitaminas, [...]. En los controles súper bien mi nena tranquila, su desarrollo no tenía ninguna alteración y yo tampoco” (N3, 2017, pág. 6). “En ese momento yo ya le busqué nombre, le escogí ese nombre, me gustó, me gustó su significado y ya pues” (N3, 2017, pág. 7).

Así como el deseo de hijo está relacionado con las vivencias infantiles de las madres, las ideas sobre la maternidad y la manera en la que serán realizadas sus funciones en el cuidado de su hijo se desarrollarán con la identificación con el quehacer materno de sus madres cuando aún eran bebés (Winnicott, 1949/1999). No se puede dejar de lado que la idea de maternidad también tiene una fuerte influencia social. Se conoce que por repetidas generaciones las ideas sobre cómo la madre debe desarrollar sus actividades en el cuidado de su hijo se han convertido en una herencia transmitida de madres a hijas (Langer, 1976).

Sin embargo, aun cuando estas madres tenían una idea imaginaria de cómo sería el momento en el que tuvieran a su hijo en sus brazos, muchas de estas ideas cambiaron. Además se puede ver como las madres, o personas allegadas a cada una de ellas ejercían una influencia importante en el desarrollo de sus funciones maternas, lo que da cuenta de cómo la maternidad posee también elementos de identificación con la propia madre y la vivencia infantil. En torno a esta temática las madres expresaron:

Tabla 6: Cuadro de extractos de entrevistas 4 de la Categoría 1

N1	“La verdad ni siquiera se me pasó por la mente; como que ah; o sea un hijo; ni siquiera decía me quiero casar de blanco o sea y yo también he sido siempre así bien; mi mamá me decía que era bien macho porque siempre quería jugar fútbol con mis primos pasaba en la calle hasta de noche con mis primos jugando, nunca me imaginé de que ah! voy a tener un hijo, cómo sería si yo fuera mamá” (N1, 2017, pág. 1). “Sabes que eso hablé con mi mamá, pero yo tenía una amiga que era mayor y ella siempre me decía cosas como:
-----------	---

	<p>tienes que tomar el agua de melloco para que el parto sea fácil y esas cosas raras, me dio una vez huevo crudo para no sé qué cosas, eso me hizo daño, pero ella era con la que más hablaba de las cosas del embarazo. Yo le reclamaba a mi mamá, porque cuando ya empecé con los dolores esos, yo no aguantaba y le decía “mami cómo pudiste tener hijos, me duele, por qué no me dices nada”. Ella solo me decía ahorita te duele después ya no te duele nada, yo sentía que mi mamá me mintió porque yo ya no avanzaba con el dolor y ella decía “va a doler solo ahorita, te está doliendo después ya no te duele nada; esto es fácil, que ni sé qué” [...]” (N1, 2017, pág. 8).</p>
N2	<p>“O sea yo dije, ha de ser una época muy bonita, porque igual cuando yo era niña me gustaba los bebés de hecho yo jugaba con bebés. Entonces mi ilusión era tener una bebé cuando sea grande, pero esto de la maternidad yo decía me va a ir bien pero cuando yo sea una profesional, pero no fue así entonces, pero igual no es que no cumplí mi sueño, sino que la tuve antes, igual cumplí mis metas” (N2, 2017, pág. 2).</p>
	<p>“Para mí la maternidad si es algo muy hermoso, si me llenó bastante el ser mamá [...]. No es que nunca quise, sí me gustó ser madre, no me arrepiento de lo que pasó como le dije al principio, tuve miedo verdad, pero como le dije él me dio la fuerza, dijo que íbamos a tenerle y la tuvimos” (N2, 2017, pág. 10).</p>
	<p>“O sea para mí fue una alegría porque mi mami ya se enteró, lo que me preocupaba era mi mamá o sea siempre fue lo que mi mamá no sabía, decía cómo hago y ahora cómo voy a hacer, pero cuando ella ya se enteró ya viví el embarazo normal, me cuidaba, me iba a controles fue algo natural, algo normal” (N2, 2017, pág. 2).</p>
N3	<p>“O sea no pues, ahora todo el mundo te dice que ser madre es lo más lindo; que es lo mejor que te puede pasar pero que sí es difícil; te dicen que uno da todo por los hijos; que ser madre es lo mejor; que las madres son lo mejor porque siempre cuidan a sus hijos y cosas así; entonces te ponen ese estereotipo de que las madres son lo mejor; que las madres reconocen a sus hijos, que reconocen el llanto de los hijos, que los hijos lloran y ellas ya saben que les pasa, lo que necesitan pero que si es difícil las noches, pero que una se levanta y que hace todo por los hijos y cosas así” (N3, 2017, pág. 6).</p>
	<p>“Fue fundamental porque sin mi mamá, yo creo que no hubiese podido lograr salir adelante y que capaz me hubiese desbordado” (N3, 2017, pág. 7).</p>

Adicional a esto, con todas las ideas que tenían las madres sobre cómo sería el embarazo, sobre cómo cuidarían a sus niños, recibiendo los consejos de las personas más cercanas, se puede incluir su reacción frente al cambio de su cuerpo, emocional u hormonal. Para cada madre, la reacción frente a estos cambios es diferente, y no necesariamente se habla de las madres que participaron en esta investigación. Cada una de ellas pudo vivenciar de manera distinta el cambio en su vida y en su aspecto con el paso del tiempo, y al igual que con la aceptación del hecho de estar embarazadas estaba la aceptación de las modificaciones en su vida.

Sin embargo, se puede ver como esto varía en los casos de las tres madres; las cuales afirmaron:

Tabla 7: Cuadro de extractos de entrevistas 5 de la Categoría 1

N1	“Ay era horrible, o sea, yo siempre he sido un palo, súper flaca y yo cacha que estaba en el colegio y estaba en las bastoneras, atletismo y esas cosas, y cuando ya empiezas a ponerte gorda, yo al final del embarazo yo usaba pantalón talla 40, estaba hecha una bola, yo me veía en el espejo y decía, no puede ser como esto puede estarme acabando, yo dejé de hacer mi atletismo y dejé de hacer un montón de cosas, y no yo nunca tuve un embarazo bonito, jamás fue como que si tengo un antojo vamos a comer esto, nada” (N1, 2017, pág. 7).
N2	“En realidad el cambio de mi cuerpo a mí no me importaba porque, yo le tomé a mi hija como algo normal, o sea es mi hija y yo no es que le negué nunca, aun cuando pensaba en no tenerle, yo no le negaba, [...] entonces después de eso fue como que todo normal, yo no tenía ningún tipo de rechazo sobre cómo estaba cambiando mi cuerpo ni nada” (N2, 2017, pág. 4).
N3	“O sea hormonalmente, a mí me cogió durísimo porque durante el embarazo te empiezas a inflar, te empiezas a engordar y así feo; feo, tienes antojos y cosas así, [...], porque yo sí creo que pasé llorando durante todo el embarazo, llorando todo el tiempo, [...]. La parte hormonal también me cogió horrible porque no podía dormir que tenía calor que no me podía acostar o que tenía que levantarme a cada rato al baño, también creo que me cogió súper fuerte” (N3, 2017, p. 4).

Tras todo el tiempo y esfuerzo que implica el periodo de gestación y los cambios emocionales que atraviesa la madre por este proceso se podría decir que la mujer se encuentra en un periodo de fragilidad tanto física como psicológica; sin embargo se puede ver cómo el deseo de tener ese hijo resulta fundamental para aceptar todos los cambios que conlleva el embarazo y la maternidad una vez que el bebé ha nacido (Garzón, 2011).

La fragilidad física y psicológica en la que se encuentra la madre podría considerarse como un factor de vulnerabilidad frente al padecimiento de trastornos como la depresión post-parto (Almeida & Toscano, 2013). Este trastorno no afecta específicamente a un tipo de población pero el ser madres primerizas podría influir en su desarrollo además de que la presión social y el apoyo recibido por el medio son también importantes pero no determinantes.

En el relato de las tres madres participantes se pueden reconocer los siguientes factores de vulnerabilidad (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017), tomando en cuenta lo planteado por (APA, s/f):

- Ser madre primeriza

- Presencia de fuentes de estrés
- Cambios hormonales importantes después del parto

Sin embargo, no se puede ignorar el hecho de que la historia del padecimiento de cada una de ellas sea distinta, también los síntomas y el proceso hasta llegar al diagnóstico. Además de que la reacción de cada una de ellas frente a sus hijos e hijas sería diferente aun cuando se encontraban atravesando el mismo trastorno. Es importante mencionar que el diagnóstico realizado en los tres casos fue durante el primer año de vida de los bebés, tomando en cuenta los criterios diagnósticos mencionados en los manuales para este trastorno (APA, 2013; OMS, 1992). Adicionalmente se puede mencionar los síntomas reconocidos en los relatos de las participantes que se encuentran considerados como parte de la sintomatología del trastorno (APA, s/f):

- Perder interés en las cosas que le gustaban antes.
- Alteraciones en los hábitos alimenticios.
- Cambios drásticos de estado de ánimo.
- Tristeza recurrente y llanto fácil.
- Estar preocupada de no ser una buena madre.
- Tener miedo de estar sola con el bebé.
- Alteraciones de sueño, dormir demasiado o dormir muy poco.
- No tener interés en el bebé, la familia o los amigos.
- Pensar en hacerse daño a sí misma o al bebé.
- No poder concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones.

Relatando como era la experiencia de cada una de ellas hasta llegar a su diagnóstico y posteriormente a su tratamiento se puede mencionar lo siguiente:

Tabla 8: Cuadro de extractos de entrevistas 6 de la Categoría 1

N1	“[...] yo regreso a la casa y yo, lloraba por todo, le veía al bebé y yo me ponía a llorar, no le quería dar de comer, o sea no asimilaba que tenía un hijo y la verdad le cogí mucho odio a mi hijo, le odiaba, no quería verle, mi mamá era la que le veía, la que estaba con él, la que se despertaba a la madrugada porque yo pasaba solo llorando y llorando, no quería comer, mi mamá me tenía que bañar porque yo no tenía ganas de nada, pasaba solo en la cama todo el tiempo” (N1, 2017, p. 2).
N2	“[...] si hay cosas que sí me acuerdo, y cosas que no que no me acuerdo lo que me decía mi mamá era que parecía como que yo no estaba aquí porque en un momento estaba bien y en otros como que me perdía y empezaba decir cosas sin sentido” (N2, 2017, p. 6). “[...] ya empecé a decir cosas sin sentido. Yo me acuerdo que mi mami tenía un cuadro de la dolorosa y cuando yo me paraba enfrente de ese cuadro y le veía a la virgen a mí me dolía el corazón” (N2, 2017, p. 5).

N3	“como no dormía nada y empecé o sea sentir que todo era súper pesado, empecé a escuchar cosas todo el tiempo, escuchaba como el llanto de mi hija pero yo me despertaba y estaba durmiendo, y yo sentía eso de que ya estaba súper mal” (N3, 2017, p. 9).
	“Lo que pasa es que yo comencé a tener más problemas, como que empecé a tener ideas, escuchaba cosas y tenía ideas de cómo qué y si me voy, si le dejo a la nena, y si me mato, o si le mato a mi hija o sea ideas así súper fuertes de muerte, yo me acuerdo que yo me despertaba siempre y lo que escuchaba era el llanto de mi hija en mi oreja” (N3, 2017, p. 10).

En el análisis de esta categoría se buscó realizar un recorrido sobre las vivencias de las participantes, principalmente en torno a la maternidad, embarazo y parto ya que esto está relacionado con cómo cada una de ellas cuidará a su hijo. Según Almeida y Toscano (2013), el padecimiento de la depresión post-parto podría interferir en el desarrollo de las funciones maternas. Sin embargo, es necesario hacer un análisis de los hechos anteriores al parto para poder determinar cómo se desarrollaron las funciones maternas de las tres participantes y de cómo el padecimiento pudo o no alterar la relación con sus hijos, como por ejemplo en el tiempo que dedicaban al cuidado de sus hijos, la disposición a satisfacer sus necesidades, la facilidad con la que pudieron acoplarse a las demandas del bebé por medio de la identificación, entre otras.

- **Relaciones de la madre con su entorno antes, durante y después del embarazo**

Como se ha podido ver, a lo largo de este trabajo y sobre aquellos factores que influyen en el desarrollo de la depresión post-parto, se sustenta que las relaciones cercanas que sostiene la madre son un elemento fundamental. Dentro de la fragilidad que caracteriza el periodo de gestación y después de que den a luz a sus hijos el apoyo por parte del medio inmediato representa un factor de suma importancia para recobrar la estabilidad emocional y física (APA, s/f). Además las personas cercanas a la madre representan un soporte en el cuidado del bebé o alguna guía en situaciones específicas que enmarcan la maternidad como por ejemplo el tipo de alimentación al recién nacido, la limpieza, entre otros, que pueden ser guiados por personas que han tenido previamente la experiencia de la maternidad o en otros casos por profesionales.

Una de las principales relaciones que influyen en la vida de las madres, son las relaciones de pareja o con el padre del hijo o hija que están esperando. Esta

relación, supondría brindar un apoyo durante el periodo de gestación (León, 2013). En el relato realizado por las madres, se puede observar que las relaciones de pareja que sostenían con el padre del bebé que estaba en camino, aun cuando no había una confirmación de embarazo, no eran realmente estables en ninguno de los tres casos ya que las participantes afirmaron:

Tabla 9: Cuadro de extractos de entrevistas 1 de la Categoría 2

N1	“el papá de mi hijo salía con una de mis mejores amigas, entonces él era cualquier cosa para mí [...], nunca fuimos novios, no tuvimos una relación nunca, y eso para mí fue una violación porque no fue para mí qué bestia qué bello, le amo a este man, me voy a casar en mi adolescencia, no” (N1, 2017, pág. 4).
N2	“O sea la relación con él era, o sea no era tan estable incluso cuando yo me quedé embarazada yo terminé con él, yo ya no estaba con él pero como estaba embarazada regresé con él” (N2, 2017, pág. 1).
N3	“De ahí con el papá de mi hija obviamente al principio súper bien, aunque en realidad fue una cosa súper explosiva, porque yo le conocía a él un mes antes de quedarme embarazada, solo le conocí, le conocí nos enamoramos, fue una locura completa, porque él tenía, o sea yo no sabía, pero él tenía una relación de dos años, y luego yo me enteré qué él tenía una chica mientras estaba saliendo conmigo, una relación como de dos años con esa chica” (N3, Primera Entrevista, 2017).

A pesar de que estas afirmaciones no corresponden al periodo de embarazo de las madres entrevistadas, si da cuenta del tipo de relación que sostuvieron a lo largo del tiempo. Es importante citar como primera parte de análisis este punto ya que el ambiente facilitador, factor de suma importancia en el desarrollo de un bebé está conformado siempre por la madre y el padre o de aquellas personas o figuras que desarrollan estas funciones (León, 2013). La relación pre-embarazo que sostienen padre y madre, daría cuenta del ambiente que se generará durante el desarrollo del infante. De esta manera, podría ser posible sostener que las actitudes posteriores tanto de padre y de madre no estarían enfocadas a desarrollar un ambiente facilitador o en el que el padre represente un apoyo para la madre para que ella pueda desarrollar sus funciones maternas. Además, la manera en cómo se desarrolla esta relación también daría una idea de qué participación tendrán los padres en la vida de los bebés una vez que nazcan. En el caso de N1, se puede ver en principio que no mantenía una relación sentimental con el padre de su bebé y cómo esto influyó en su participación en la vida del bebé, como por ejemplo en el cuidado del infante, juegos, situaciones relevantes de salud, y años posteriores intervenciones en su vida estudiantil, entre otros.

León (2013), citando a Winnicott afirma que, el ambiente facilitador se conforma con la participación de tres elementos importantes que son: madre-hijo-padre. La relación que se teje entre la madre y su bebé no podría ser posible sin la protección que brinda el padre o la persona o elemento que hace sus funciones en esta triada. A pesar de que su participación es únicamente secundaria, representa un elemento de suma importancia para el desarrollo psíquico del infante. El padre, aunque encarna la ley en la vida del niño, se encarga también de brindar el apoyo necesario a la madre para recobrar su estabilidad física y emocional en fin de cumplir con sus funciones como madre (León, 2013). Sin embargo, se podría entender que este apoyo iniciaría desde el periodo de gestación y se alargaría durante el periodo necesario hasta establecer el psiquismo del niño. En el relato de las madres participantes, se puede ver como el apoyo brindado por parte de sus parejas o del padre de sus hijos significó un factor importante para que la madre pueda alimentar las expectativas en torno a su embarazo.

Se puede mencionar que lo expuesto anteriormente no fue lo que sucedió en la historia de N1 y N3 ya que ambas relataron lo siguiente con respecto al apoyo que recibieron de los padres de sus hijos durante el embarazo, más no con respecto al apoyo que recibieron al momento de la noticia:

Tabla 10: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 2

N1	“[...] Este man alguna vez quiso tener una relación, así de: ya tenemos un hijo, sé que no fueron las mejores formas pero ya, y esas cosas pero yo nunca pude verle con ojos ni de cariño porque a la final este man igual se hizo el loco, terminó diciendo tú fuiste al baile, tú estuviste ahí, tú quisiste estar conmigo” (N1, 2017, pág. 3).
N3	“[...] mi novio es como que siempre me decía que tengo que ser fuerte, él es de esas personas que le interesa mucho de los indígenas, su cultura y esas cosas y él me decía que no, que los indígenas siempre están cargadas un montón de cosas y con el guagua, embarazadas; así que yo tenía que ser así, pero yo tenía otro tipo de crianza, o sea yo soy fuerte pero a mi manera pero él quería que yo sea así [...]” (N3, 2017, p. 4).

En el caso de N2, la situación fue diferente ya que la misma afirmaba que su pareja significó un gran apoyo durante todo el periodo de embarazo, brindándole a la misma el soporte en las decisiones o situaciones en las cuales requería de su apoyo. La misma afirmó que durante este tiempo, pudo ver un cambio en ciertas actitudes por parte de su pareja, mejorando la relación que llevaban y las condiciones en las que se desarrollaba el embarazo mencionando:

Yo a él le quería bastante y él a mí también, lo que pasa es que cuando éramos novios él era de esos hombres que es mujeriego y siempre me

traicionaba pero ya pues él estuvo ahí y cuando le conté que me quedé embarazada él dijo que iba a cambiar y en verdad el cambió. Él era el que le cuidaba a la nena todo el tiempo que yo me iba al colegio, él se quedaba con ella (N2, 2017, pág. 1).

Adicional a las relaciones de pareja, los seres humanos nos encontramos en constantes intercambios sociales con el medio que nos rodea. De estos intercambios pueden surgir relaciones importantes o se deben tomar en cuenta aquellas que son relevantes en la historia de cualquier persona como por ejemplo con los propios progenitores, hermanos o familiares cercanos. Al igual que el apoyo que recibieron por parte de sus parejas o del padre de sus bebés, el apoyo del medio familiar y social representa un factor importante para recobrar la estabilidad emocional y física (Almeida y Toscano, 2013).

Tabla 11: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 2

N1	“Producto de esto me quedo embarazada, hecho pedazos, mis papás chuta, no me creían lo que les decía porque yo pedí permiso para un baile, eran mis amigos. Entonces mi papá y mi mamá asumieron que no, que él era mi novio y que todo estaba fresco” (N1, 2017, pág. 1).
	“O sea mi mamá medio lo asimiló pero mi papá no me podía ver ni en pintura, para él era el fracaso, por qué hiciste, que tienes que casarte, el que tiene hijo busca casa, cuando nazca tu hijo tienes que ir a vivir con él, que se van a casar, y yo casarme con el man nunca” (N1, 2017, pág. 2).
	“Con primer hijo nada, cacha que mi mami tenía que sacarme la leche y congelar para ella darle en biberón, porque yo, yo no. Mi mamá me decía, oye toca cambiarle el pañal y yo le decía como que chuta en serio, ok, todo bien, ah que se escaldó, ya pues se escaldó” (N1, 2017, pág. 6).
	“Además yo les conté a mis papás algo que me estaba doliendo y ellos como que no, o sea tu hiciste eso porque quisiste entonces si yo sí pensé en no tenerle, y mi mamá fue la que estaba ahí, que no, que es tu hijo y esas cosas, que los controles y así” (N1, 2017, pág. 6).
	“[...] mi tía, mi tía participó mucho en estas cosas, me preguntaba que dónde estás, por qué no estás en la casa, ya anda, mi tía sí estuvo así como que muy pendiente” (N1, 2017, p. 8).
	“[...] mi hijo se quedaba con mi mamá o a lo mucho con mi hermano pero con mi tía no. Mi tía algunas veces me ayudó en lo económico, pero cuidándole al bebé nunca” (N1, 2017, p. 8).
N2	“O sea se puso a llorar y me dijo que por qué le había hecho eso, después me dijo que bueno que ya no importa, preguntó si es que el papá quería hacerse responsable entonces le dijimos que sí que si se va hacer responsable, pero de ahí en la reacción de mi mamá tampoco es que hubo agresión o algo parecido, se puso a llorar porque fue algo doloroso como para cualquiera” (N2, 2017, pág. 1).
	“Entonces en ese tiempo le cuidó mi mamá y también mis

	primas que vivían en la casa. A mí después me contaban que si no era la una, era la otra la que se despertaba a la mitad de la noche porque la nena lloraba” (N2, 2017, pág. 9).
N3	“Después de eso ya un día yo decidí contarle a mi mamá pero así de la nada, [...], yo le solté que estaba embarazada, entonces mi mamá se puso súper mal, se puso a llorar, me dijo que cómo me pude fregar la vida así [...], pero después de un tiempo fue que empezó un poco reaccionando” (N3, 2017, p. 2).
	“No, jamás, o sea ese día sí me dijo como que qué bruta pero de ahí nada más y más bien mi mamá era la que me apoyaba” (N3, 2017, p. 2).
	“Pero mi mamá sí me entendía, era como que me apoyaba, le cuidaba a la gorda, hacía que salga y así de cualquier manera” (N3, 2017, p. 6).
	“[...] le pedí a mi hermano un día si le podía cuidar porque no había nadie que le pueda ver y yo tenía miedo porque decía que él no sabe cómo cuidarle pero no, se quedó todo el día y súper bien, le dio de comer y todo y desde ahí le cogí confianza y ahora le digo que le cuide. A mi hermano le gusta y si me puede ayudar entonces de una” (N3, 2017, pp. 11-12).

Como se puede ver en lo relatado por las participantes, el apoyo recibido por sus progenitores al momento de la noticia no fue inmediato considerando las condiciones en las que se presentó el embarazo. Sin embargo, con el pasar del tiempo, principalmente las madres de las participantes significaron un apoyo sumamente importante en el cuidado de sus hijos, en especial en el periodo en el que las madres se encontraban atravesando el trastorno y el cumplimiento de sus funciones maternas se vio interferido por esto.

Adicionalmente, se puede ver como las participantes recibieron apoyo de tipo emocional, en el cuidado de sus bebés y algunas veces económico por parte de familiares como primos, tías o hermanos. Esto ayudó a las madres a reducir la tensión que generaba el desarrollo de sus funciones acompañadas del padecimiento de un trastorno depresivo. Según Almeida y Toscano, (2013), la depresión post-parto necesita una intervención tanto psicológica como psiquiátrica, para esto las madres necesitan tiempo para someterse a los tratamientos necesarios para salir del trastorno. En la historia relatada por las participantes se puede ver como las personas a su alrededor ayudaron en este proceso brindando apoyo, tiempo y cuidado conforme se presentaban las situaciones hasta que las madres pudieran retomar sus funciones y actividades con normalidad (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017).

Finalmente, y retomando la relación de pareja de cada una de las participantes es necesario mencionar que dada la inestabilidad que mencionaron ellas desde un inicio, la unión no fue duradera por situaciones individuales que a cada una de ellas

orilló a abandonar las relaciones (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017). Es importante referirse a este detalle ya que la estabilidad del ambiente facilitador, es un factor decisivo en el desarrollo del self del infante, y el no mantener este equilibrio podría afectar de una u otra manera al desarrollo del niño y su modo de relacionarse con el medio (Winnicott, 1966). Sin embargo, todas las relaciones cercanas al niño serán influyentes en su desarrollo. Es por esta razón que se ha hecho un recorrido sobre las relaciones cercanas que sostienen las madres antes, durante y después del embarazo.

- **Actitudes de la madre y del padre relacionadas con sus hijos**

La provisión del ambiente facilitador en la vida del niño es de suma importancia. Como lo expresa Winnicott (1961), este ambiente está conformado, inicialmente por la madre y posteriormente se incluye también la participación del padre, además de otras relaciones relevantes para el infante. Como es de esperarse la estabilidad del medio permitiría que el niño se proteja de las amenazas de aniquilamiento y con el paso del tiempo, formarse como un infante individual y encaminado a la independencia. En este apartado se busca hacer un recorrido por las actitudes de la madre y el padre relacionadas directamente con el niño que podrían otorgar alteraciones al ambiente facilitador y al desarrollo de su self (Winnicott, 1960).

Como primer punto, es necesario mencionar algunas conductas de los padres de cada uno de los niños como un posible factor alterante del ambiente facilitador u otras situaciones nocivas para el mismo. En las entrevistas sostenidas con las participantes ellas mencionaron con respecto al padre de sus bebés:

Tabla 12: Cuadro de extractos de entrevistas 1 de la Categoría 3

N1	“Sabes que en un tiempo él me dijo como que si no te casas conmigo, si no vives conmigo y eso, no tiene ningún sentido el niño [...], después se desapareció, no pasó nada, nunca le dio nada, ni la pensión de la escuela” (N1, 2017, pág. 4).
	“Sí, era como que ya voy a tener un hijo y voy a estar sola, de hecho alguna vez yo le dije a mi hijo que su papá no existía cuando él era aún chiquito. Tampoco sentía que podía contar con él y recién cuando fue el juicio yo hablé con él y le dije que él debería apegarse a su hijo porque su hijo ya está creciendo y que siempre necesitan de un hombre, y sabes qué él me dijo que no él se va a ir de viaje y cómo se iba que cree que no era una buena idea que se pegue a él, o sea él también como tiene 1000 hijos y mi hijo debe ser un arroz más” (N1, 2017, pág. 2).
N2	“[...] él tiene problemas de drogas, la verdad es que no sé si estará bien o estará mal, no sé, pero no quisiera

	tampoco que se acerque a mi hija” (N2, 2017, p. 9). “[...], pero en el colegio él no aprovechó, se dedicaba a tomar y a los amigos, a las amigas y yo bajaba al colegio a preguntar cómo estaba y la inspectora me dijo <i>no él no quiere estudiar y así</i> . Luego él tomaba mucho” (N2, 2017, p. 1).
N3	“Era como que él no se puede controlar y aparte de eso él tiene un problema o tenía un problema súper fuerte con las drogas y el consumía de todo sea de todo, de todo, cualquier droga, entonces él incluso podía mezclar las drogas y jamás morir” (N3, 2017, p. 3). “Nos separamos porque él era muy bravo, muy muy violento, como que era grosero conmigo, me trataba muy mal, entonces para mí eso era como que ya, yo también comencé a faltarle el respeto [...], a partir de eso las cosas comenzaron a empeorar y también él comenzó a consumir droga, consumir bazuco y bastante en la casa, adentro, entonces yo llegué a un punto en que dije <i>mi hija no puede pasar por eso</i> , ella estaba oliendo todo, o sea dije le puede hacer mucho daño y ahí yo ya decidí separarme” (N3, 2017, p. 1).

Dentro de toda la inestabilidad que representaba para la vida de las madres llevar este tipo de relaciones con los papás de sus hijos, era necesario que, por otro lado, cumplan sus funciones como madre suficientemente buena, que empiece con la identificación de las necesidades del infante y continúa con la realización del *holding*, *handling* y *object presenting*, siendo estas las principales funciones de la madre suficientemente buena (Winnicott, 1998). En el caso de las madres participantes, la presión del tipo de relación que llevaban con sus parejas o la inestabilidad emocional que atravesaban debido a su trastorno, pudieron alterar las funciones que cumplían. Por esta razón fue necesario indagar con respecto a esta temática durante las entrevistas, en las cuales las madres expresaron:

Tabla 13: Cuadro de extractos de entrevistas 2 de la Categoría 3

N1	“El primero, ese man se despertaba como reloj cada 3 horas puntualito, mi mami le bañaba, le envolvía, yo le daba el seno y a las 3 de la mañana como tenía la leche en la refri mi mami se levantaba calentar en baño maría y le daba. Mi mamá era así encima mío, porque yo tengo el sueño bien pesado unas dos o tres veces habré sentido que mi mamá entraba a darle la teta yo no podía, por mí se podía caer la casa encima” (N1, 2017, p. 9). “A veces sí dormía conmigo o con mi mamá porque mi mamá decía que <i>ya se cansa de estarse levantando a cada rato a cogerle y mejor le traigo a mi cuarto y es más fácil</i> , por mi fresco. A mí no me hacía ni frío ni calor porque yo podía dormir mi mamá entraba y yo hecho piedra y ella entraba a tocarle a ver si está vivo, si no le aplasté dormida, mi mamá hacía eso” (N1, 2017, p. 9).
N2	“[...], es algo bonito porque yo tenerle a la bebé bien chiquita y yo le bañaba, siempre le cuidaba, le cortaba sus uñas, le llevaba el biberón en un termo de agua caliente

	cosas así" (N2, 2017, p. 3).
	"Después de un tiempo cuando yo me embaracé estaba en quinto curso y yo dejé el colegio, pero después de que ya me recuperé y todo eso yo regresé al colegio para terminar, cuando yo me iba al colegio el que se quedaba con la niña era su papá, y él era el que le cuidaba, le cambiaba y todo porque él no estudiaba, él me iba a ver al colegio con mi nena y todo entonces yo solo me dediqué a ella y a su cuidado, y ya" (N2, 2017, p. 9).
N3	<p>"O sea por todo eso que te dicen que sí que una reconoce de ley lo que sienten los hijos, porque lloran y todo eso, yo no sentía nada de esas cosas, yo me sentía como la peor del mundo porque no sabía qué le pasaba, no sabía qué es lo que le pasa aparte yo me estresaba por todo y decía que rayos la maternidad no tiene nada de bonito, es horrible. Aparte como que te ponen en un altar y que si la madre es lo más bonito y todas esas cosas pero no para nada para mí la maternidad fue horrible y fuerte, a mí me causó un impacto porque yo decía en mi cabeza que tenía que ser buena madre, pero yo no podía hacer esas cosas por mi hija, o por lo menos no querer matarle a mi hija y cosas así súper fuertes" (N3, 2017, p. 11).</p> <p>"[...] pero en realidad yo lo que tenía miedo era de quedarme sola con mi hija, tenía pavor, me ponía súper nerviosa y no quería quedarme sola con ella quería que siempre esté alguien ayudando" (N3, 2017, p. 11).</p>

Como se puede ver en los relatos de las madres, se podría decir que por el trastorno por el que estaban atravesando, sus funciones de madre suficientemente buena fueron interferidas. En el caso de N1 y N3, expresan la dificultad que tenían de identificar las necesidades de sus hijos, y específicamente en el caso de N1 la falta de interés por las mismas, delegando estas funciones a otras personas. En el caso de N3 intentaba realizar todas las actividades que implica el cuidado de un bebé, sin embargo, reconoce lo difícil que era realizarlo por el temor que tenía a estar sola con su hija. Finalmente, en el caso de N2 sucedió todo lo contrario, pero al considerar el periodo que tuvo que estar separada de su hija como parte de la recuperación del trastorno, sus funciones fueron interferidas, sin embargo, con el tiempo pudo retomarlas sin ningún problema o resistencia (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017).

Durante el tiempo posterior al parto, se puede ver con más claridad como la relación madre-hijo se va desarrollando, aunque esta tenga su origen antes del embarazo. La relación madre e hijo es fundamental, ya que en las primeras etapas de la vida de los niños, son totalmente dependientes de los cuidados de otro, además de que es la madre la encargada de presentarle el mundo de manera progresiva para que esta introducción en la sociedad no represente un peligro para el bebé (Winnicott, 1960). Debido al trastorno por el que estaban atravesando las madres, N1 y N3 pudieron expresar que la relación que mantenían con sus hijos era

distante, donde sus bebés preferían la compañía de otra persona, realizaban actos peligrosos que llamen la atención de sus madres o donde las participantes preferían que el cuidado de sus bebés sea realizado por otra persona, caso que no se vio en la historia de N2. Sin embargo y como ha sido mencionado antes, en su caso su quehacer materno tuvo una alteración por una separación momentánea de su hija durante la recuperación del trastorno (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017).

A lo largo del tiempo, las tres madres han podido afirmar que las consecuencias de las actitudes durante el trastorno pudieron ser reparadas con sus hijos y aseguran que en la actualidad la relación madre-hijo que sostienen es realmente buena, se puede evidenciar una cercanía importante entre ambas partes; pudiendo brindar a sus hijos experiencias que les permita introducirse en el medio de manera progresiva (N1, 2017; N2, 2017; N3, 2017).

Como parte final de esta categoría cabe mencionar una situación constante en las historias de las tres participantes con respecto a la figura paterna de sus hijos. Durante los primeros instantes de vida de los infantes, la figura paterna fue representada por sus padres biológicos. Sin embargo, tiempo después y por las condiciones y nuevas relaciones que sostenían las madres, esta figura y función fue desarrollada por otra persona. Con respecto a esta temática las madres mencionaron lo siguiente:

Tabla 14: Cuadro de extractos de entrevistas 3 de la Categoría 3

N1	“De ahí ya empezó a venirme a ver, me traía cosas, me llevaba el trabajo, me iba a ver allá también, mi hijo le quería sin haberle conocido mucho. [...] mi ex esposo le crió técnicamente a mi primer hijo y él le decía papi” (N1, 2017, pp. 4-5).
	“[...] de hecho por eso mi hijo el mayor le considera a mi ex esposo su papá, a él le pide las cosas que necesita, le pide la bendición, con su papá biológico nada” (N1, 2017, p. 11).
N2	“[...] pero ahora que ella ya está grande, yo siento como que ella no le quiere como si fuera el papá, le ve como un amigo, para ella la figura del padre es mi esposo, a él le hace caso, a él le pide permiso y todo es con él” (N2, 2017, p. 9).
N3	“La verdad que la relación que la nena tiene más cercana es con mi hermano, [...] parece que a mi hermano le tiene como la figura paterna, porque como que con el papá, si le quiere bastante pero le ve a mi hermano y se le lanza. Una vez estábamos retirándole, del local donde le dejo, con mi hermano y la nena estaba con el papá y se le lanzó a mi hermano, o sea no le importa el papá, me voy con mi tío, te digo como que le tiene como la figura paterna porque mi hermano es como el único hombre en la casa primero y también porque le brinda full full calor, él le hace dormir, le cambia el pañal, le baña, le da de comer, le cocina, todo” (N3, 2017, p. 5).

Al hablar de la figura paterna en psicoanálisis se refiere no únicamente al padre biológico de un niño o niña, sino de la persona que haga las veces del mismo (León, 2013), que en este caso podría ser otra pareja de la madre o su hermano. Las funciones del padre en cuanto al cuidado del bebé, aunque se ponen en marcha después de algunos meses de haber dado a luz (Winnicott, 1966), son fundamentales ya que el padre o quien haga sus funciones representa fortaleza, y control. Durante la etapa conocida como el Complejo de Edipo es aquel con el que el infante logra fantasear con los deseos parricidas ya que representa una figura de rivalidad. Por otro lado, el padre es un modelo de identificación y el pilar con el cual el bebé va construyendo el su ideal del yo. Finalmente, el padre posee una participación importante y empática en el juego del niño lo que le permite relacionarse con el medio (León, 2013).

Para Winnicott (1966), la diada madre-hijo no existe sin el sostén del padre y al mismo tiempo el padre entra para complicar la relación entre ambos y poder brindar la promesa del amor fuera del ambiente familiar. El padre es un complemento necesario y en algunos casos un sustituto materno o amante de la madre, es por esta razón que la participación de la figura paterna resulta tan indispensable ya que posee la capacidad de romper con la relación simbiótica madre-hijo, logrando liberar a ambos de la tensión que genera esta relación (León, 2013).

Para concluir el presente capítulo se puede mencionar que mediante el análisis del contenido de las entrevistas se ha podido evidenciar que la presencia del trastorno interfiere con el desarrollo de las funciones de una madre suficientemente buena. Sin embargo se debe recalcar que los resultados arrojados por cada uno de los casos conservan sus particularidades y recalcan la consideración del trabajo “caso por caso” del psicoanálisis en el que no se pretende generalizar aspectos o características para todas las personas que poseen el mismo trastorno.

Adicionalmente a este hallazgo se puede remarcar la influencia que ejerce el medio en el que se desarrolla el embarazo y el apoyo que recibe la madre de las personas más allegadas durante el periodo de gestación y una vez que ha dado a luz. Otras personas pueden desarrollar tanto las funciones maternas como las funciones paternas, aunque no sean padres biológicos del bebé. Su existencia dentro del ambiente en el que está creciendo el niño, resulta tan importante ya que brinda las bases para el establecimiento de la psique y para que el infante logre introducirse al medio y relacionarse con objetos no-yo dentro de la experiencia de un self verdadero. Además brinda la capacidad de ir y venir en el descubrimiento

del mundo con la seguridad de encontrar el sostén que otorga un quehacer materno y paterno suficientemente bueno (Winnicott, 1966).

CONCLUSIONES

La depresión post-parto es un trastorno que no ha sido ampliamente estudiado, y como se ha podido ver en el presente trabajo, la teorización encontrada sobre el mismo posee en su mayoría criterios médicos de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, es importante mencionar que dicho trastorno puede poseer causas de tipo psicológico y no enfocar únicamente su causa a desequilibrios hormonales o biológicos. Por esta razón, es importante mencionar que el tratamiento brindado a las pacientes con este trastorno debe ser multidisciplinario incluyendo tratamiento psiquiátrico-farmacológico y terapia psicológica.

Se afirma que la depresión post-parto podría ser considerada un duelo debido a que la madre entra en un proceso de cambio drástico en su vida. El trastorno podría representar un duelo por la vida, por el cuerpo, por los hábitos previos al embarazo o incluso por la atención que recibió durante su embarazo, la cual, una vez que el niño ha nacido será direccionada al mismo y finalmente un duelo por verse como otro en relación a su hijo, en donde no son uno solo como lo eran durante el embarazo. Sin embargo, es necesario mencionar que estos factores reconocibles como posibles causas de una depresión post-parto y su nexos con un proceso de duelo serán aplicadas al caso por caso ya que no se puede establecer una conexión rígida entre causa y efecto.

En cuanto a la relación madre-hijo, esta inicia en el embarazo, en donde la madre deposita en su bebé sus ideales de hijo, además de que desarrolla las fantasías de cómo será la maternidad o el momento en el que su bebé nazca.

Es importante mencionar que las fantasías sobre la maternidad e incluso la forma de desarrollar la función materna contienen elementos de identificación o de herencia social.

La presencia del deseo de hijo es fundamental para que la madre sea capaz de desarrollar sus funciones. Este deseo, en algunos casos podría estar relacionado con el tipo de relación que lleva la madre con el padre de su bebé y con la existencia de un vínculo sentimental entre ambos.

Si la maternidad está mediada por trastornos como la depresión post-parto, el bebé y la madre no podrán establecer una relación espontánea y esto podría imposibilitar al recién nacido adquirir los medios necesarios para enfrentarse al mundo de una manera segura.

Al tomar en cuenta la teoría winnicotiana la relación madre-hijo iniciará una vez que, durante el embarazo, la madre haya logrado ingresar a ese estado casi

psicótico nombrado como la preocupación maternal primaria que es aquel factor que le permitirá desarrollar la capacidad de ser una madre suficientemente buena.

Los contenidos analizados en el presente trabajo han arrojado cierta información con la que se afirma que el padecimiento de un trastorno como la depresión post-parto no necesariamente es un factor que altere totalmente el desarrollo de las funciones como madre, tales como la identificación, *holding*, *handling* y *object presenting*, aunque sí podrían sufrir interrupciones momentáneas posteriormente reparadas tomando en cuenta los recursos de quien vivió el trastorno y una vez que había logrado salir de este.

La triada conformada por madre-hijo-padre, es de suma importancia tanto para el desarrollo de la función materna, como para el desarrollo del psiquismo del infante. A lo largo del material analizado se ha podido ver cómo una de las razones para desarrollar dificultades en el desenvolvimiento de la función materna fue el tipo de relación que llevaban las participantes con sus parejas y la inestabilidad que la misma otorgaba en sus vidas.

Por otro lado, el apoyo recibido por el ambiente inmediato representó en estos tres casos un pilar para recobrar la estabilidad física y emocional que disminuye tras el parto. La capacidad de la madre de recuperarse tras el parto y el acompañamiento que recibe del padre o de quien hace su función permite el desarrollo del ambiente facilitador necesario para lograr la independencia del infante. En el análisis de los casos se pudo ver cómo el tipo de relación que llevaban con los padres de sus hijos influyó en el desarrollo de este ambiente.

Debido a que el estudio no incluía la participación de niños, no se posee resultados en cuanto a los efectos del trastorno en la vida del infante. Aquella información incluida en el análisis en referencia a los niños fue brindada por las madres durante las entrevistas.

Finalmente, al analizar la relación que sostuvieron las madres con sus hijos durante el trastorno, se puede ver que la presencia del mismo interfiere con la relación y con las funciones pero no necesariamente de manera permanente. Cada una de ellas manifestó que después de superar el trastorno iniciaron o retomaron la relación con sus hijos y por ende desarrollo de sus funciones maternas. De esta manera pudieron expresar que del padecimiento de un trastorno es posible rescatar elementos positivos que mejoren la relación madre-hijo.

RECOMENDACIONES

Debido a que el trastorno mencionado en este estudio, no posee únicamente causas fisiológicas y hormonales, y como se ha visto, el mismo posee un trasfondo psíquico, en su tratamiento se debe incluir terapia psicológica y no únicamente psiquiátrica.

En el espacio sostenido entre el paciente y su analista, terapeuta o psicólogo, es importante dar lugar al análisis y reconocimiento de las pérdidas que pueden estar motivando el desarrollo del trastorno, para de esta manera brindar un espacio para poder procesarlas.

Como se ha afirmado, la relación madre-hijo se desarrolla desde el embarazo y no únicamente cuando el niño nace, es por esta razón que al momento de trabajar con niños o en tratamientos relacionados con este trastorno; resulta necesario realizar una anamnesis que incluya un análisis a profundidad sobre el embarazo y la situación de la madre durante este periodo y no limitarse a recoger datos básicos del mismo.

Realizando el recorrido teórico en el presente trabajo se ha podido ver cómo el la presencia de la preocupación maternal primaria es el factor que influye directamente en el desarrollo de la función materna, sería importante realizar un seguimiento a este estado en el periodo de embarazo, para poder brindar apoyo en caso de que la madre no haya sido capaz de ingresar al mismo.

Tomando en cuenta la teoría de Donald Winnicott, se ha mencionado que la participación del padre en el cuidado del recién nacido, es más bien secundaria, sin embargo, se recomienda motivar una mayor participación ya que la figura paterna aporta elementos importantes en el desarrollo del psiquismo infantil.

Debido a que el presente trabajo no arroja resultados con respecto a los niños, se recomienda realizar un análisis de la vida de los mismos ya que sus madres fueron diagnosticadas y tratadas por un trastorno depresivo y considerar los posibles efectos del mismo en su desarrollo. Sin embargo, se debe mencionar que se deben tomar en cuenta los criterios éticos para el trabajo con niños.

Al ver que el trastorno altera la relación madre-hijo, en el tratamiento del mismo sería importante incluir un espacio para trabajar dicha relación, para que el curso del desarrollo de la independencia del infante no se vea mayormente interrumpido.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, G. (2013). Depresión Postparto, hostilidad y hábitos de salud. *Tesis Doctoral*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Almeida, A., y Toscano, D. (2013). Prevalencia de Depresión Posparto en madres hospitalizadas en el Servicio De Adolescencia Del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora. *Disertación previa a la obtención del título de médico/a cirujano/a*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- American Psychological Association. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V*. Barcelona: Panamericana.
- American Psychological Association. (s/f). *Depresión postparto*. Obtenido de <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-spanish.pdf>
- Arias, P. (2014). La función materna y el hijo en riesgo desde la perspectiva Psicoanalítica: Estudio de dos casos de madres de 35 y 50 años, atendidas en el Centro de Psicología Aplocada durante el periodo Agosto 2012-Mayo 2013. *Disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Baranger, W. (1961/1962). El muerto-vivo estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 217-229.
- Barreiro, J. (2011). La problemática de la subjetividad y la clínica en Winnicott: verdadero y falso self. *Perspectivas en Psicología*, 45-51.
- Chemama, R., y Vandermersch, B. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Donzino, G. (2006). Duelos en la Infancia. Características, estructura y condiciones de posibilidad. En *Cuestiones de Infancia* (págs. 39-57). UCES.
- Freud, S. (1905/1990). Tres Ensayos Sobre la Teoría Sexual. En S. Freud, *Obras completas Sigmund Freud. Tomo VII* (págs. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1992). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud. Tomo XIV* (págs. 237-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1990). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En S. Freud, *Obras completas. Tomo XIX* (págs. 260-276). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gáinza, Á. (2006). La entrevista en profundidad individual. En M. C. Cerón, *Metologías de investigación social* (págs. 219-263). Santiago de Chile : LOM Ediciones.

- García, D. (2016). Análisis de las Manifestaciones del Proceso de Duelo por pérdida de Autonomía e Independencia en Pacientes en tratamiento de Diálisis por Insuficiencia Renal Crónica. *Disertación Previa a la Obtención del Título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Garzón, K. (2011). Los efectos en la Relación Madre-Hijo a partir del nacimiento de un hijo con Síndrome de Down desde la perspectiva psicoanalítica. Investigación realizada con 15 madres en la Fundación Reina de Quito en los meses de Octubre-Noviembre del 2009. *Disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Green, A. (1980). La madre muerta. En A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte* (págs. 167-191). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Langer, M. (1976). *Maternidad y Sexo: Estudio Psicoanalítico y Psicosomático*. Buenos Aires: Paidós.
- León, S. (2013). *El lugar del padre en Psicoanálisis*. Chile: RiL Editores.
- Mancas, A. (1997). *Desarrollos postfreudianos: escuelas y autores*. Buenos Aires: Belgrano.
- Montoya, J. (8 de Marzo de 2013). *Fundamentos Teóricos del Duelo II*. Obtenido de Medicalia.org: <https://medicalia.ning.com/profiles/blogs/fundamentos-te-ricos-del-duelo-parte-ii>
- N1. (12 de Septiembre de 2017). Primera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N1. (19 de Septiembre de 2017). Segunda Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N1. (26 de Septiembre de 2017). Tercera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N2. (17 de Septiembre de 2017). Primera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N2. (24 de Septiembre de 2017). Segunda Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N2. (2 de Octubre de 2017). Tercera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N3. (19 de Septiembre de 2017). Primera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N3. (28 de Septiembre de 2017). Segunda Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- N3. (3 de Octubre de 2017). Tercera Entrevista. (C. Murgueytio, Entrevistador)
- Oliveira, E. (2007). La teoría Winnicottiana de la maduración como guía de la práctica clínica. *Winnicott e-Prints*, 1-9.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10*. Madrid: Meditor.

- Oquendo, M., Lartigue, T., Gonzáles-Pachecho, I., y Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 195-202.
- Serrano, S. (2007). La Depresión postparto como un duelo no elaborado al final del Embarazo. *Disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Spitz, R. A. (1983). *El primer año de vida del niño*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Toro, L. (2015). Análisis de las manifestaciones del Duelo en mujeres que sufren violencia intrafamiliar. *Disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Valls, J. L. (s/f). *Amencia de Meynert*. Obtenido de Confusión Alucinatoria Aguda: <https://docslide.us/documents/amencia-de-meynert.html>
- Vizcaíno, N. (2016). Relación entre la angustia materna y el rechazo del bebé a la lactancia. Estudio realizado desde la teoría Psicoanalítica con 5 madres de bebés de hasta 8 meses de edad de la ciudad de Quito en el año 2016. *Disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Winnicott, D. (28 de Noviembre de 1945/1999). Desarrollo Emocional Primitivo. En D. Winnicott, *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (págs. 199-214). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (28 de Enero de 1948). Pediatría y Psiquiatría. *Alocución dirigida desde la presidencia a la Sección Médica de la Sociedad psicológica Británica, el 28 de enero de 1948, Brit. J. Med. Psychol.*, vol. XXI, 1948.
- Winnicott, D. (1949/1999). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia. En D. Winnicott, *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (págs. 237-262). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1953). John Bowlby II. Debate sobre la aflicción duelo en la infancia . A *Two-Year-Old Goes to Hospital [Un niño de dos años va al hospital]*, realizado junto con James y Joyce Robertson.
- Winnicott, D. (1954/1955). La posición depresiva en el desarrollo emocional normal. *Escrito leído ante la Sociedad Psicológica Británica, seccion Médica* . Inglaterra.
- Winnicott, D. (1954/1999). Replegamiento y Regresión. En D. Winnicott, *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (págs. 325-340). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1956/1999). La Tendencia Antisocial. En D. Winnicott, *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (págs. 405-416). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1956/1999). Preocupación maternal primaria. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (págs. 397-404). Barcelona: Paidós.

- Winnicott, D. (Marzo de 1958). Psicología de la separación. *Artículo escrito en marzo de 1958 para uso de los asistentes sociales.*
- Winnicott, D. (1958/2013). El Primer año de Vida. En D. Winnicott, *La familia y el desarrollo del individuo* (págs. 5-14). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1958/2013). Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos. En D. Winnicott, *La familia y el desarrollo del individuo* (págs. 61-70). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (5 de Diciembre de 1959/1971). El destino del objeto transicional . *Trabajo preliminar para una charla pronunciada en la Asociación de Psicología y Psiquiatría Infantil* . Glasgow.
- Winnicott, D. (1960). *La distorsión del yo en hermanos de self verdadero y falso* .
- Winnicott, D. (1960). *La pareja madre-lactante.*
- Winnicott, D. (1961). La teoría de la relación entre progenitores-infante. *22° Congreso Internacional Psicoanalítico*. Edimburgo.
- Winnicott, D. (1963). El valor de la depresión. *Asamblea General de la Asociación de Trabajadores Sociales Psiquiátricos.*
- Winnicott, D. (1965/1981). La integración del yo en el desarrollo del niño. En D. Winnicott, *El proceso de maduración del niño* (págs. 65-75). Barcelona: Editorial Laia Barcelona.
- Winnicott, D. (1966). El niño en el grupo familiar . *Conferencia pronunciada en el Congreso de la Asociación de Jardines de Infantes sobre "Adelantos en la educación primaria"; realizado en el New College, Oxford, 26 de julio de 1966.* Oxford.
- Winnicott, D. (1966/1998). La madre de devoción corriente. En D. Winnicott, *Los bebés y sus madres* (págs. 19-32). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1967/1993). La ubicación de la experiencia cultural. En D. Winnicott, *Realidad y Juego* (págs. 84-90). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1970/1998). La dependencia en el cuidado del niño. En D. Winnicott, *Los bebés y sus madres* (págs. 111-117). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1982). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En D. Winnicott, *Realidad y Juego* (págs. 12-31). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1993). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En D. Winnicott, *Realidad y Juego* (págs. 77-83). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres.* Barcelona: Paidós.
- Zelaya, C. (2003). La Depresión Post-parto desde la pulsión de muerte. *Tesis para optar el grado de magister en estudios teóricos del Psicoanálisis*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

ANEXOS

7.1 Modelo de consentimiento informado

Consentimiento informado dirigido participantes en la investigación “El Duelo en la Depresión Post-parto y la Relación madre-hijo Estudio realizado desde la teoría Psicoanalítica en tres casos de madres con diagnóstico previo de Depresión Post-parto en Quito año 2017”

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
 - Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)
- Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción

Estimado(s) participante(s), mi nombre es **Diana Carolina Murgueytio Albán**. Y soy estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y me encuentro en proceso para la obtención del título de Psicóloga Clínica. Usted ha sido invitado a participar de esta investigación que tiene como objetivo determinar las particularidades de la relación madre-hijo en pacientes con depresión post-parto.

A continuación se detallará en qué consistiría su participación. No tiene que decidir inmediatamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar. Antes de dar su respuesta, puede realizar todas las preguntas que le parezcan necesarias, para lo cual puede comunicarse conmigo o con la Docente encargada de la dirección del presente trabajo, cuyos datos se detallan al final de este documento.

Procedimiento: Entrevista

Su participación consistirá en responder a **tres entrevistas individuales** acerca del su periodo de maternidad en presencia de un cuadro de Depresión Post-parto. Estas entrevistas se realizarán en el lugar, día y hora que se acuerde con usted y tendrá una duración de 45 a 90 minutos. Al ser tres entrevistas se realizará una por semana. Las entrevistas serán grabadas en formato de audio únicamente con fines de registro para la investigación.

Selección de participantes

Para esta investigación se ha invitado a tres mujeres con diagnóstico psiquiátrico-psicológico de depresión post-parto con hijos de edades variadas y que hayan superado el cuadro depresivo.

Participación Voluntaria y derecho a retirarse o negarse

La participación en esta investigación es **voluntaria**.

Confidencialidad

La participación es completamente anónima y todos los documentos originales se mantendrán en estricta confidencialidad. En todos los casos se resguardará el anonimato de las fuentes, pero el análisis de las entrevistas, así como algunos

extractos textuales de las mismas pueden ser publicados en los documentos académicos que se generen de la investigación. En caso de publicar un extracto del testimonio se utilizarán pseudónimos para preservar la identidad del participante.

Beneficios

Este estudio tiene fines exclusivamente académicos por lo cual su participación beneficiará a la sociedad en el análisis y comprensión de esta problemática.

Costos y recompensas

Usted no recibirá ningún tipo de recompensa económica por su participación en este proyecto.

Riesgos

La participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted. Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento o negarse a responder alguna de las preguntas que considere especialmente sensible o incómoda. En caso de ser necesario una intervención psicoterapéutica, la investigadora está en capacidad de remitir esta necesidad a un profesional.

Compartiendo información

Los resultados de esta investigación se publicarán a través del documento generado en el trabajo de titulación, el mismo que se encontrará bajo el manejo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sin embargo, el participante podrá tener acceso a los documentos públicos que se generen de esta investigación.

Datos de contacto

Si usted tiene preguntas relacionadas con su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador responsable o el equipo de investigación:

Investigador/a	Teléfono	Correo electrónico
Carolina Murgueytio (Investigadora)	0987763915	c_murgueytio@outlook.com
Mtr. Daniela Castro (Directora de la investigación)	0991433663	dcastro923@puce.edu.ec

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He leído el documento proporcionado o me ha sido leído y entiendo las declaraciones contenidas en él. He tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que he considerado necesarias y se me ha contestado satisfactoriamente. Acepto voluntariamente participar en las **TRES ENTREVISTAS** correspondientes a la investigación **“El Duelo en la Depresión Post-parto y la Relación madre-hijo. Estudio realizado desde la teoría Psicoanalítica en tres casos de madres con diagnóstico previo de Depresión Post-parto en Quito año 2017”** y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento.

Nombre del Participante _____ Cédula _____

Firma del Participante _____ Fecha _____